



Contacto en caso de emergencia y datos médicos de un niño

Nombre del niño@ (apellidos, nombre)

Fecha de nacimiento

H M
Sexo

Curso

Colegio:

Nombre del padre o tutor:

Nombre de la madre o tutora:

Teléfono particular

Teléfono del trabajo

Teléfono particular

Teléfono del trabajo

Móvil

Móvil

Dirección

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Ciudad, estado y código postal

Contacto principal y alternativos en caso de emergencia

1 . -Contacto principal en caso de emergencia

2 . -Contacto secundario en caso de emergencia

3 . - Otro contacto en caso de emergencia

Teléfono particular

Teléfono del trabajo

Teléfono particular

Teléfono del trabajo

Parentesco – Relación:

Parentesco – Relación:

Dirección

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Ciudad, estado y código postal

Datos médicos

Preferencia de hospital/clínica

Nº Seguridad Social

Compañía de seguros

Número de póliza

Número de teléfono

Alergias/Consideraciones especiales de salud

Autorizo a que se realicen todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, pruebas y cualquier otro procedimiento médico u hospitalario que pueda prescribir el médico o el personal sanitario que lo atienda y renuncio a mi derecho a un consentimiento informado del tratamiento. Esta renuncia sólo se aplicará en caso de que no se pueda establecer contacto con los padres ni con los tutores en caso de emergencia, autorizando en ese caso el traslado del menor por parte de los responsables de la actividad por sus medios u otros que fueran precisos al centro sanitario correspondiente.

Firma del padre o tutor

Fecha

Autorizo a mi hijo a participar en las actividades extraescolares y descargo a A.M.P.A. del Colegio E.M.de Hostos y a su personal de responsabilidad en caso de accidente durante la/s actividad/es relacionada/s, siempre y cuando se sigan los procedimientos de seguridad normales.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma y nombre de un testigo

Fecha