

A T E N C I Ó N

La cumplimentación de este cuestionario es voluntaria, pero **SÍ ES NECESARIO RESPONDER A LA PREGUNTA Nº 5**, ya que en los ciclos formativos que se imparten en este centro educativo se emplean herramientas y maquinaria que requieren, para su uso, de una atención y concentración plenas.

Este cuestionario tiene la finalidad de recabar información que pueda ayudar, en un momento dado, al mejor funcionamiento de las actividades lectivas impartidas. Al tratarse de información altamente sensible es necesario manifestar que para la custodia y uso de los datos aquí compartidos se cumplirán, estrictamente, todas las directrices establecidas en materia de Protección de Datos y privacidad personal.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ALUMNADO

NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI/NIE:	MAIL:
TELÉFONO:	CURSO:

1-ALERGIAS CONOCIDAS:

2-ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS QUE PADECE:

3-ENFERMEDADES FÍSICAS O PSICOLÓGICAS QUE ESTIME QUE EL CENTRO DEBA CONOCER:

4-MEDICACIÓN QUE TOMA HABITUALMENTE:

CÓDIGO DE CENTRO
46002957

CURSO ESCOLAR 2024-2025

5-MEDICACIÓN QUE TOMA Y SEA INCOMPATIBLE CON USO DE HERRAMIENTAS Y/O MAQUINARIA:

6-OTROS ASPECTOS QUE QUIERA HACER SABER AL CENTRO:

El abajo firmante se hace responsable de la veracidad de la información aquí expuesta, así como de avisar e indicar por escrito a la Escuela de Capataces Agrícolas, de darse la situación en el futuro, que el alumno/a toma algún tratamiento médico o sustancia que es incompatible con el uso de herramientas y maquinaria, mientras éste-a sea alumno-a de la ECA, aunque se trate de un curso distinto al inicial.

Catarroja, ____ de _____ de 2024

Firma del alumno/a
DNI/NIE, nombre y apellidos

PARA MENORES DE EDAD:

Firma del padre/madre/tutor-a
DNI/NIE, nombre y apellidos

Firma del padre/madre/tutor-a
DNI/NIE, nombre y apellidos

CÓDIGO DE CENTRO
46002957

**MATRÍCULA
CUESTIONARIO SALUD**

CURSO ESCOLAR 2024-2025