

# ESTAT DE SALUT

Nom i cognoms de l'alumne/a \_\_\_\_\_

Nom i cognoms del pare/mare o tutor/a \_\_\_\_\_

Domicili \_\_\_\_\_

Telèfons de contacte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1.- Pateix alguna malaltia crònica? \_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

2.- Està sotmès a alguna medicació de manera habitual? \_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

3.- Pateix alguna al·lèrgia? \_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

4.- Té incompatibilitat amb algun medicament? \_\_\_\_\_ Quin? \_\_\_\_\_

5.- Té problemes de vista? \_\_\_\_\_ Quins? \_\_\_\_\_

6.- Té problemes d'oïda? \_\_\_\_\_ Quins? \_\_\_\_\_

7.- Altres dades mèdiques i/o personals a tenir en compte? \_\_\_\_\_

8.- Pateix cap malaltia/discapacitat que l'impedeixi seguir les classes pràctiques d'Educació Física? \_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_  
(en cas afirmatiu adjuntar comprovant del metge)

\* El/La sotasignat declara la veracitat d'aquestes dades i es compromet a comunicar, per escrit, a la direcció del centre qualsevol modificació que es pugui produir.

Signatura del pare/mare/tutor/a legal      DNI/NIF/Passaport \_\_\_\_\_

Barcelona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

En compliment del Reglament General de Protecció de Dades (Reglament UE 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, 27 d'abril de 2016) l'Institut Escola ARTS farà ús de les dades aportades amb la finalitat esmentada en el formulari i no es cediran a altres destinataris. Podeu exercir el dret d'accés, rectificació, cancel·lació, supressió, limitació o oposició al tractament o portabilitat mitjançant un escrit adreçat al centre educatiu, o bé mitjançant un correu electrònic, a8076509@xtec.cat. Més informació a <https://www.iearts.cat/>