



# FICHA DE DATOS PERSONALES DEL ALUMNADO

## RÉGIMEN PERSONAS ADULTAS

POR FAVOR, ESCRIBE CON LETRA CLARA O DE IMPRETA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A							
Apellidos					Nombre		
F. Nacimiento		DNI		Nº SEG. SOCIAL			
Domicilio							
Población:				Teléfono:			
Correo electrónico							
Tutor 1					DNI		
	C. electrónico				Tfno.		
Tutor 2					DNI		
	C. electrónico				Tfno.		
<input type="checkbox"/> (SÓLO MENORES DE EDAD) Autorizo al IES "INCA GARCILASO" al envío de información relativa a las ausencias de mi hijo/a al Centro y cualquier otra información de índole académica a los teléfonos móviles y correos electrónicos indicados para los tutores 1 y 2. Asimismo, las comunicaciones escritas se enviarán a nombre del tutor 1.							
(SÓLO MENORES DE EDAD) La Ley de Protección de Datos nos obliga a disponer de autorización paterna/materna para publicar las fotos de los menores y por ello solicitamos el consentimiento a los padres o tutores legales para poder publicar imágenes en las que aparezcan individualmente o en grupo los alumnos/as del centro, y que puedan ser utilizadas en un blog, página web u otras formas de comunicación del centro.							
<input type="checkbox"/> SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO <input type="checkbox"/> NO DOY MI CONSENTIMIENTO							
SITUACIÓN FAMILIAR							
Fallecimiento	Padre		Madre		Ambos		
Custodia por separación/divorcio							
Padre		Madre		Abuelos		Otros	
Personas que conviven en el seno familiar							
Tutor 1							
Tutor 2							
Hermano/a							
Hermano/a							
Hermano/a							
Observaciones							
COMUNICACIÓN SOBRE LA SALUD							
A los centros educativos corresponde la vigilancia y el cuidado del alumnado a su cargo. Por este motivo, este centro requiere información relativa a la salud física y mental del alumno/a en la medida en que pueda afectar a su desarrollo educativo y personal. Por otro lado, la aportación de dicha información por parte de las familias tiene un carácter voluntario, dado la Ley de Protección de Datos.							
Asma		Epilepsia		Enfermedades cardíacas			
Alergias (Indicar cuáles)							
Otras							
Observaciones							
Declaro que todos los datos expresados en este documento son ciertos. Firma del representante o guardador legal 1 o el alumno, si es mayor de edad:  Fdo.: _____					Fecha: ____/____/2020		