ANEXO III

DATOS PERSONALES DE PARTICIPANTES									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO									
DÍA		MES		AÑO		SEXO		DOMICILIO	
C. POST.		LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO	
PERSONA DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD					Nº. MIEMBRO S UNIDAD FAMILIAR (incluido el solicitante)		Nº. HERMANOS		
							LUGAR QUE OCUPA		
TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD									

CUESTIONARIO MÉDICO (A cumplimentar por el padre/madre/tutor, en su caso.)				
	¿Toma alguna medicación? (Marque con una x la respuesta que proceda)	SÍ	NO	
1.1	En caso afirmativo, especifique qué medicamentos toma, dosis diaria y horario:			
	¿Padece algún tipo de alergia? (Marque con una x la respuesta que proceda)	SÍ	NO	
1.2	En caso afirmativo, indicar cuáles:			
1.3	Relacione las enfermedades de las que está vacunado:			
	¿Sigue algún régimen especial de comidas?			
1.4	En caso afirmativo, indicar cuál:			
1.5	Explique cualquier otra circunstancia que pueda resultar de interés o que deba ser tenida en cuenta en relación con la asistencia del alumno/a:			

PROTECCIÓN DE DATOS
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa de que sus datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario van a ser incorporados, para su tratamiento, a un fichero automatizado. Así mismo, se le informa de que la recogida y el tratamiento de dichos datos tienen como única finalidad la gestión del procedimiento establecido en la presente Orden.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Participación e Innovación Educativa. Consejería de Educación. C/ Juan Antonio de Vizarrón, s/n. 41071 Sevilla