

NECESIDADES ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN E INCIDENCIAS MÉDICAS Y DE MOVILIDAD

NOMBRE DEL CENTRO: IES DIEGO TORTOSA

Fecha del viaje: 11 al 15 de marzo

Nombre completo: _____ **DNI:** _____

Domicilio: _____ **Teléfono:** _____

Nombre padre/tutor: _____ **Nombre madre/tutora legal:** _____

TELÉFONOS MÓVILES DE CONTACTO: _____

(Es obligatorio dar al menos un teléfono de contacto válido)

A continuación se recoge una relación de necesidades especiales de alimentación debidas a motivos médicos u opciones de carácter personal. **Rogamos no incluyan en sus peticiones simples preferencias.**

Aviso: NO podremos garantizar el cumplimiento de ninguna petición si no se comunica la información con antelación suficiente

NECESIDADES ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN.

Marcar con una x la opción que te define

- OVOLACTOVEGETARIANO: nada de carne o pescado, pero sí huevos, lácteos y sus derivados
- VEGANO: ningún alimento de origen animal
- NINGÚN TIPO DE CARNE ni sus derivados (embutidos,...)
- NO CARNE DE CERDO ni sus derivados (embutidos,...)

ALERGIAS, INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS U OTRAS NECESIDADES ALIMENTARIAS POR CAUSAS MÉDICAS

Marcar con una x la/las opción/es que te define

- CELÍACO o intolerante al gluten
 - Intolerante a la lactosa
 - Alérgicos a los frutos secos
 - Otros (especificar claramente): _____
- _____
- _____
- _____
- _____

¿Tiene alergia a animales ? ¿Cuales? _____

¿Lleva al día la vacunación antitetánica? _____ Grupo Sanguíneo: _____ Rh: _____

Seguro médico: (marcar la correcta): Múface: _____ Seguridad Social: _____ Seguro privado: _____

(adjuntar fotocopia de tarjeta sanitaria europea)

POSIBLES INCIDENCIAS MÉDICAS, DE MOVILIDAD O DE OTRO TIPO

Resume a continuación los posibles problemas médicos o de movilidad que puedas tener o indica, en su caso, **que no hay ninguno**.

Incluye también los problemas de cualquier otro tipo que requieran atención especial o ser tenidos en cuenta. Cuando los haya, indica a continuación cualquier dato que sea relevante para su estancia (medidas a adoptar, medicación, etc.) y rellene una ficha individual tal como se indica más abajo.

¿Hay algún problema médico, de movilidad o de otro tipo que requieran atención especial o deban tenerse en cuenta?

No

Si

Si la respuesta es afirmativa, deberás de rellenar la página siguiente que debe ir firmada por madre y padre, o en su casos tutores legales, en caso de menores de edad y por el interesado en caso contrario.

Por el presente, declaro que:

Participo voluntariamente en esta actividad transnacional del proyecto Erasmus+ “Déjame Pensar” (Cieza-Roma), que tendrá lugar entre el 11 y el 15 de marzo en Roma.

Acepto asimismo de buen grado las condiciones que, a tal fin, han sido previstas por los profesores organizadores, y así aprovechar al máximo las actividades que ellos me propongan.

Me comprometo igualmente a hacer lo necesario para que el viaje y la estancia tengan lugar en las mejores condiciones de convivencia, basadas esencialmente en el respeto a los demás, a sus bienes y a su cultura.

Cieza, febrero de 2019

Firma del alumno:

NOMBRE COMPLETO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

NOMBRE DEL CENTRO: IES Diego Tortosa Fecha de estancia: 11 al 15 de marzo

Esta es una ficha de carácter confidencial y será mantenida en poder de los profesores o responsables del grupo para que estos puedan presentarla cuando sea necesario. Adjuntar fotocopia de informe médico.

Describa a continuación los posibles problemas médicos, de movilidad o de cualquier otro tipo que puedan requerir atención especial o deban ser tenidos en cuenta a lo largo de la estancia.

Recuerde indicar cualquier dato que pueda ser relevante (precauciones y medidas a adoptar, medicación y pautas de administración, etc.)

Enfermedades que requieren control médico (asma, alergias, etc.):

Medicación u otras medidas:

¿Es responsable el interesado de su medicación o necesita alguna persona que le supervise?

firma de la madre o tutora legal

firma del padre o tutor legal