



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

Curso 2025-2026

DATOS DEL ALUMNO/A:

Nombre: Apellidos:
NIF/NIE/Pasaporte: Curso: Etapa:
Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
Nacionalidad: Sexo: Talla: Peso:

DATOS FAMILIARES:

PADRE /TUTOR:

Nombre: Apellidos:
NIF/NIE/Pasaporte: Teléfono de contacto:
E-mail:

MADRE /TUTORA:

Nombre: Apellidos:
NIF/NIE/Pasaporte: Teléfono de contacto:
E-mail:

Números de hermanos/edad:

Domicilio familiar:

Población: Provincia: Código Postal:

DATOS DE AFILIACIÓN SANITARIA (Adjuntar fotocopia)

N^a Tarjeta Seguridad Social:.....
Tarjeta Sanitaria Privada (Compañía y número).....



ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES:

☐ ¿Padece algún tipo de alergia o intolerancia?

☐ SÍ

☐ NO

☐ ¿Padece alguna enfermedad crónica?

☐ SÍ

☐ NO

En caso afirmativo, indique a qué y adjunte informe médico actualizado:

.....
.....

☐ ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?

☐ SÍ

☐ NO

En caso afirmativo, Indique de qué:

.....
.....

☐ En la actualidad, ¿precisa de alguna medicación o cuidado especial?

.....
.....

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Padre / tutor:

Madre / tutor:

Abuelos paternos:

Abuelos maternos:

Otros datos que crea que debemos conocer sobre la salud de su hijo/a:

.....
.....
.....



- ☐ Autorizamos al Colegio Parentes Sagrado Corazón para que, bajo las máximas garantías de confidencialidad, pueda tratar los datos relativos a la salud de nuestro hijo que ahora les facilitamos o que les facilitemos durante el tiempo que esté matriculado en el Centro, con la finalidad de prevención y para cuando sea necesaria la prestación de asistencia sanitaria.
- ☐ Autorizamos al Colegio Parentes Sagrado Corazón para que facilite nuestros datos de contacto (nombre y apellidos de los padres e hijo, fechas de nacimiento, dirección postal, email y teléfono) al servicio de medicina escolar, al centro médico de atención primaria, a los servicios sanitarios de emergencia, a la correduría de seguros y a la compañía de seguros contratada en caso de que nuestro hijo sufra algún accidente escolar para su tratamiento.

Firma del padre o tutor legal

Firma de la madre o tutora legal

.....

.....

Ambas firmas obligatorias*

En _____, a _____ de _____ de 202...

(*)Es obligatoria la firma de ambos progenitores o tutores. En caso de que sólo sea posible la firma de uno de ellos, el firmante deberá adjuntar una Declaración Responsable en la que manifieste el motivo por el que sólo él/ella firma la solicitud.

Información básica sobre protección de datos:

Conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, el arriba firmante autoriza y queda informado de la incorporación de los datos facilitados al fichero titularidad del Colegio Sagrado Corazón, con N.I.F. B88330402, cuya finalidad es la de gestionar el servicio solicitado y queda informado de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a dichos datos personales, en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante comunicación escrita a la Secretaría del Centro ubicada en C/ Don Pedro 14, 28005, Madrid, o por correo electrónico a dpd@sagradocorazonmadrid.es, incluyendo la siguiente información: nombre, apellidos y fotocopia del D.N.I. o Pasaporte, derecho que desea solicitar y contenido de su petición, así como domicilio a efectos de notificaciones.