

Colegio "Corazón de María"  
c/ Zigia Nº1, 28027 – MADRID  
Tfno: 91 367 12 69 / Fax: 91 368 21 06  
e-mail: [intercambiocormar@gmail.com](mailto:intercambiocormar@gmail.com)  
[www.colegiocorazondemaria.es](http://www.colegiocorazondemaria.es)

Madrid, a 27 de octubre de 2015

### INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL INTERCAMBIO A FRANCIA

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Móvil alumno/a: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto durante el viaje:

Padre (Móvil): \_\_\_\_\_ Padre (Trabajo): \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Madre (Móvil): \_\_\_\_\_ Madre (Trabajo): \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Correos electrónicos:

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

*Con el fin de evitar posibles incidencias no deseadas, y para poder atender mejor a los alumnos rogamos contesten brevemente este cuestionario médico sobre su hijo/a:*

*¿Padece algún tipo de enfermedad o minusvalía? Indicar protocolo de actuación.*

\_\_\_\_\_  
*¿Sigue algún tratamiento específico? Indicar medicamento y dosis.*

\_\_\_\_\_  
*¿Tiene algún tipo de alergia? Medicamentos, comidas, animales, plantas...*

\_\_\_\_\_  
*Indique si toma habitualmente algún medicamento para: (indicar cuál)*

- Dolor de cabeza: \_\_\_\_\_ - Gastroenteritis: \_\_\_\_\_

- Dolor muscular/óseo: \_\_\_\_\_ - Alergia: \_\_\_\_\_

- Picaduras de insectos: \_\_\_\_\_ - Inflamación: \_\_\_\_\_

*Observaciones:*

\_\_\_\_\_  
*El alumno y sus padres o tutor legal serán responsables de la veracidad de la información médica indicada así como de la omitida. En caso de emergencia médica causada por una enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, tratamiento médico, etc. el alumno y sus padres o tutor legal autorizan a los profesores para que puedan tomar las decisiones que consideren necesarias en relación a ello, renunciando a ejercer cualquier reclamación posterior sobre las mismas. El alumno y sus padres o tutor legal se harán cargo de los importes de los medicamentos y demás gastos médicos no incluidos en la cobertura del seguro del viaje que pueda precisar el alumno durante su estancia en Francia.*

*Firma del padre/madre/tutor*

*Fdo.:*