IES David Buján
Cambre

IES DAVID BUJÁN
Camiño dos Cacharros,1, 15181,
Cambre (A Coruña) ☎ 881 961 200
✉ies.david.bujan@edu.xunta.es

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN
E ORDENACIÓN UNIVERSITARIA

UNIÓN EUROPEA

DATOS DO ALUMNO / A

APELIDOS:		**NOME:**	
SEXO (Muller/ Home):	**NIF:**	**Nº. SEGURIDADE SOCIAL:**	
IDADE:	**DATA DE NACEMENTO:**	**PAÍS DE NACEMENTO:**	**NACIONALIDADE:**
CONCELLO DE NACEMENTO:	**PROVINCIA DE NACEMENTO:**	**E-MAIL:**	
NOME E APELIDOS DO PAI:		**TELÉFONO:** **E-MAIL:**	**DNI:**
NOME E APELIDOS DA NAI:		**TELÉFONO:** **E-MAIL:**	**DNI:**
NOME E APELIDOS DO TITOR /A LEGAL:		**TELÉFONO:** **E-MAIL:**	**DNI:**
ENDEREZO FAMILIAR:			

NO CASO DE SEPARACIÓN DOS PAIS INDIQUE QUEN TEN A CUSTODIA DO FILLO/A (NAI/PAI/COMPARTIDA):
(Neste caso e se se dan circunstancias especiais de non comunicación de datos a algún dos proxenitores, ordes de afastamento, etc. É imprescindible presentar a sentencia xudicial)

DATOS MÉDICOS OU PSICOEDUCATIVOS

IMPORTANTE: Estes datos son totalmente confidenciais e unicamente serán empregados para a adecuación das actividades na materia de Educación Física e para o coñecemento do profesorado implicado. É imprescindible xuntar o certificado médico correspondente cando se alegue que o alumno / a padece algunha discapacidade, enfermidade, lesión ou problema que contraindiquen a práctica da Educación Física e os Deportes ou que requira de medidas organizativas extraordinarias por parte do Centro.

¿PADECE O ALUMNO/A ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDADE FÍSICA OU PSÍQUICA QUE POIDA REQUIRIR MEDIDAS ORGANIZATIVAS E/OU CURRICULARES ESPECIAIS POR PARTE DO CENTRO ?

INDIQUE SE O ALUMNO/A PADECE OU PADECEU ALGÚN TIPO DE ENFERMIDADE QUE POIDA REQUIRIR MEDIDAS ORGANIZATIVAS E/OU CURRICULARES ESPECIAIS POR PARTE DO CENTRO, TALES COMO PROBLEMAS CARDIOVASCULARES, ALÉRXICOS, DIFICULTADES RESPIRATORIAS, DOENZAS OU DEFORMACIÓNS NOS OSOS OU ARTICULACIÓNS, DEFORMACIÓNS DA COLUMNA VERTEBRAL, DEFORMACIÓNS NOS PÉS, ETC.

DON / DONA .....EN CONDICIÓN DE REPRESENTANTE LEGAL OU TITOR / A DO ALUMNO / A AO QUE SE REFIRE ESTE IMPRESO AUTORIZO AO IES DAVID BUJÁN, NAS PERSOAS QUE CORRESPONDA, A ACOMPAÑAR A DITO ALUMNO / A AO CENTRO DE SAÚDE CANDO, ANTE UNHA INDISPOSICIÓN MÉDICA, NON SEXA POSIBLE LOCALIZARME OU A GRAVIDADE DA SITUACIÓN O ACONSELLE.

Cambre , a ..... de ..... de 20.....

Asdo.:.....