

OSASUN ZIURTAGIRIA

OSASUN ARAZO ESANGURATSURIK EGON EZEAN Si no hay problemas reseñables de salud

Nik,.....k,
..... Arizmendi ikastolako ikaslearen amak/aitak/tutoreak,
jakinarazten dut nire seme-alabak ez daukala tratamendua behar duen edo bere bizitza
arriskuan jarri dezakeen gaixotasun edo arazo kronikorik.

Yo,, padre/madre/tutor
del alumno/de la alumna de la
ikastola Arizmendi, comunico que mi hijo/hija no tiene ningún problema de salud crónico.

Sinadura eta data/Firma y fecha:

OSASUN ARAZOREN BAT DAGOEN KASUAN En caso de que haya algún problema de salud

Ikaslea: Gela:

*Ikasle honi arreta hobea eskaintzeko eta,
ikastolan diharduen bitartean, bere
osasunaren ziurtasuna bermatu ahal
izateko, hurrengo gaietara buruzko informazioa
jasotzea oso lagungarria izango litzateke.*

*Con objeto de ofrecer una mejor atención a
este alumno/esta alumna, y garantizar en
mayor medida la seguridad de su salud
durante la jornada escolar, sería de gran
ayuda que nos pudiesen ampliar la
información respecto a los siguientes
aspectos:*

Alergia edo osasun arazo mota/Tipo de alergia o problema médico

Eragileak (alergien kasuan, zehaztu erreakzioa arnaste, kontaktu edo irenste bidezkoa den)/ Desencadenantes (en caso de alergia, indicar si hay reacción por inhalación, contacto o ingestión)

Krisialdiaren hasierako sintomak/ Síntomas iniciales de la crisis

Larrialdietan hartu beharreko neurriak/ Medidas a adoptar en la ikastola en caso de crisis
Eguneroko medikazioa behar du? Zein?/ ¿Precisa medicación diaria? ¿Cuál?
Oharrak/ Otras observaciones

Eskola ordutegi barruko osasun arreta berezira baimena:

Autorización para atención sanitaria especial durante el horario escolar:

Nik,, k,
 ikaslearen aitak/amak/tutoreak, baimena ematen diet ikastolako langileei larrialdietan nire seme-alabaren sendagileek emandako prozedurei jarraitzeko, baita behar den sendagaia emateko ere.

Aldi berean, ikastolaren eta tartean dauden langileen gainera kentzen dut lan hori betetzeak ekar dezakeen edozein ardura.

Yo,, padre/madre/tutor del alumno/de la alumna, autorizo al personal de la ikastola a seguir, en caso de emergencia, las pautas indicadas por el profesional sanitario que atiende a mi hijo/hija, incluyendo la administración de la medicación necesaria.

Asimismo, descargo al centro y al personal involucrado de todo tipo de responsabilidad en el cumplimiento de dicha tarea.

Gurasoen sinadura:

Data:

Datu hauek ezkutuan gordeko dira. Arizmendi ikastolaren barne erabilerarako dira. Estos datos son confidenciales. Se utilizarán para uso interno de la ikastola Arizmendi.

Datu Pertsonalak Babesteari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoan xedatzen dena betez, ikaslearen datu pertsonalak IKASLEAK fitxategian sartuta daudela eta horren helburua ikastolako ikasleen kudeaketa akademikoa dela jakinarazten dizugu. Fitxategia Datuak Babesteko Agentzian aitortu dugu eta datuen segurtasuna bermatzeko neurriak ezarri ditugu. Fitxategi horien erantzulea ARIZMENDI KOOPERATIBA ELKARTEA bera da eta, horri dagokionez, hala nahi izanez gero, aipatutako Legean aurreikusitako sarbide, zuzenketa, ezeztapen eta aurkaritza eskubideak balia ditzakezu; horretarako Otolara Lizentziaduna 8, 20500 Arrasate helbidera eskaera bat bidali behar duzu NAN edo nortasuna egiaztatzeko beste agiri batekin batera.

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos del 13 de diciembre 15/1999, le informamos que los datos personales del alumno o alumna se almacenarán en el fichero IKASLEAK, su finalidad es la gestión académica del alumnado. Hemos notificado a la Agencia de Protección de Datos la existencia del fichero y hemos establecido las medidas necesarias para asegurar su confidencialidad. El responsable del fichero es ARIZMENDI KOOPERATIBA ELKARTEA y en cumplimiento con la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición; para ello deberá enviar una solicitud a la siguiente dirección: Otolara Lizentziaduna 8, 20500 Arrasate, que deberá ir acompañada del DNI u otro documento que acredite su identidad.