



## FITXA PERSONAL DE L'ALUMNE/A

### CONTACTES AMB LA FAMÍLIA

Si us plau indiqueu els mitjans de contacte amb la família indicant a qui correspon cadascun d'ells (pare, mare, casa, feina mare feina pare...) per ordre de preferència

| Telèfons | Persona de contacte | Correu electrònic | Persona de contacte |
|----------|---------------------|-------------------|---------------------|
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |
|          |                     |                   |                     |

---

### PLA D'ATENCIÓ DE L'ALUMNAT

L'INS Pere Alsius i Torrent disposa d'un fitxer d'accés restringit que conté les dades de tot l'alumnat que pateix algun tipus d'al·lèrgia o malaltia que requereixin l'administració regular o esporàdica d'algun medicament o atenció especials. L'objecte del fitxer és poder respondre de la manera més ràpida i eficaç a les crisis que pugui patir l'alumne/a i no cometre cap error en l'administració dels medicaments. Els destinataris de la informació són exclusivament els professionals de l'institut que tenen relació amb cada alumne/a.

#### *DADES ESPECÍFIQUES (omplir voluntàriament)*

Pateix algun tipus d'al·lèrgia que cal tenir present?      **SI**      **NO**

En cas afirmatiu, quin medicament cal subministrar en períodes de crisi i quines dosis cal prendre? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pateix alguna malaltia que ens calgui saber?      **SI**      **NO**

En cas afirmatiu, especificar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Generalitat de Catalunya**  
**Departament d'Educació**  
**INSTITUT PERE ALSIUS i TORRENT**

C/Sardana, 17 17820 - Banyoles (Girona)  
Tel.972570991 e-mail iesperealsius@xtec.cat

Té al·lèrgia a algun medicament en especial? **SI NO**  
En cas afirmatiu, especificar: \_\_\_\_\_

Pateix algun trastorn de comportament? **SI NO**  
En cas afirmatiu, especificar: \_\_\_\_\_

Segueix algun tractament? **SI NO**  
Si és que sí, de quin tipus? \_\_\_\_\_

En cas de demanda per part del vostre fill/a, doneu el vostre consentiment per a subministrar-li un analgèsic? **SI NO**

Signatura dels tutors:

Lloc i data:

---

(D'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades, s'adverteix a les persones identificades que poden exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició; que el fitxer està sota la responsabilitat de la Secretaria de l'Institut; i que s'han adoptat les mesures oportunes per garantir la seguretat de les dades i evitar-ne l'alteració, pèrdua, tractament o accés no autoritzats)



**Generalitat de Catalunya**  
**Departament d'Educació**  
**INSTITUT PERE ALSIUS i TORRENT**

C/Sardana, 17 17820 - Banyoles (Girona)  
Tel.972570991 e-mail iesperealsius@xtec.cat

## PERMÍS PER REALITZAR ACTIVITATS A LA COMARCA DEL PLA DE L'ESTANY

En/Na \_\_\_\_\_, pare/mare o  
responsable legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ curs de \_\_\_\_\_, del grup \_\_\_\_\_,

**li dóna permís**

**NO li dóna permís**

per fer les activitats que organitzi el centre a l'entorn del recinte escolar.

\_\_\_\_\_  
Signatura