



CUESTIONARIO INICIAL

CUMPLIMENTAR POLO REPRESENTANTE LEGAL DO ALUMNADO MENOR DE IDADE/CURATELA

1. DATOS PERSOAIS

Nome e apelidos:	
Data de nacemento:	Procedencia:
Enderezo:	
Localidade e código postal:	
DNI.:	Nº Seguridade Social:
Nome da nai:	Teléfono de contacto:
Nome do pai:	Teléfono de contacto:
Correo electrónico de contacto:	
Familiares cos que convive habitualmente (irmáns, avós, etc):	
Lingua familiar:	
Outros datos familiares (separación, custodia, etc):	

2. DATOS DE SAÚDE

Diagnóstico:	
Grao de minusvalía e/ou dependencia:	
Inscrito en alerta escolar:	SI ☐ NON ☐
Enfermidades que deban ser recoñecidas:	
Alerxias ou intolerancias:	Medicacións:

3. ATENCIÓN TERAPÉUTICA EXTERNA

Centro ou especialista e nº de sesións:



INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Xunta de Galicia - Consellería de Educación, Ciencia, Universidades e Formación Profesional.
Finalidades do tratamento	Xestión da solicitude de información realizada a través deste formulario.
Lexitimación para o tratamento	Cumprimento dunha misión realizada en interese público, baseada no disposto na Lei orgánica 2/2006, do 3 de maio, de educación e nos artigos 142 e seguintes do Código Civil.
Destinatarios dos datos	Informarase ás persoa afectadas da presente solicitude de forma que esta poida opoñerse á comunicación dos seus datos persoais se así o desexa.
Exercicio dos dereitos	As persoas interesadas poderán solicitar ante o/a responsable do tratamento o acceso, rectificación, oposición, limitación, portabilidade e supresión dos seus datos, a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en https://www.xunta.gal/exercicio-dos-dereitos .
Contacto delegado/a protección de datos e información adicional	https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos

_____, a _____ de _____ de _____

Asdo_____