© *Depósito Legal:* LG BI 01516-2020

Ficha Informativa de los/as niños/as para los/as Encargados/as y/o Profesionales de los comedores escolares

DATOS DEL/A ALUMNO/A

FOTO del Alumno

Nombre y Apellidos: .....
Sexo: ..... Edad: .....

Clase: ..... Hora/Turno acude al Comedor: .....

INFORMACIÓN RELEVANTE

Características médicas, **Dieta**/Recomendación nutricional y alimentos no aptos / **alergias** / **intolerancias** conocidas a tener en cuenta:

Características médicas del/a alumno/a:

.....
.....

Breve descipción del Tratamiento(s) pautado(s) por el/la Facultativo:

.....
.....

Dieta o recomendaciones nutricionales:

.....
.....

Alimentos no aptos/Alergias/Intolerancias conocidas:

.....
.....

© *Depósito Legal:* LG BI 01516-2020

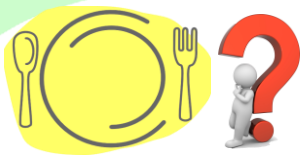
Identificación Temprana de Necesidades y Competencias (*marcar la casilla que corresponda*):

[ ] No oye bien [ ] No ve bien [ ] No mantiene la cabeza [ ] No Mantiene tronco
[ ] Sedestación buena

[ ] Se atraganta con facilidad [ ] No mastica [ ] Anomalías dentales o falta de dentición
[ ] Hace/Deja bolos en la boca o debajo de la lengua
[ ] Presenta anomalías bucofaríngeas
[ ] Come solo

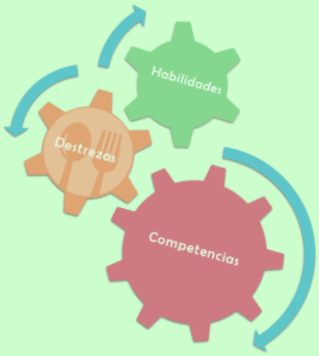
[ ] No coge los utensilios [ ] Muestra hipersensibilidad táctil [ ] Hipersensibilidad gustativa
[ ] Bebe de un vaso [ ] Señala objetos

[ ] Entiende órdenes sencillas [ ] Expresa frases sencillas
[ ] Es capaz de expresar emociones (asco, alegría, enfado)



[ ] Pierde habilidades que había logrado.

Otras Competencias/Destrezas/Habilidades a tener en cuenta:



Otros elementos del Comedor a tener presentes (espacio, ubicación, mobiliario, utensilios, etc.):

Necesidades de Apoyo para la coordinación con los Recursos Profesionales Específicos: *Logopeda*, *Terapeuta Ocupacional*, *Fisioterapeuta*, etc. (*sombrear la casilla que proceda*):

[ ] Sensoriales: ..... [ ] Ortoprotésicas: .....
[ ] Cognitivas: ..... [ ] Motóricas.....
[ ] Disfagia [ ] Ausencia de masticación [ ] Riesgo de aspiración
[ ] Reflujo [ ] Labio leporino [ ] Paladar hendido [ ] Cierre labial [ ] Botón gástrico
[ ] Babeo [ ] Falta de dentición [ ] Movilidad orofacial
[ ] Agarre [ ] Hipotonía [ ] Posturales
[ ] Otras: .....

Profesionales de apoyo y asignación de funciones:

© *Depósito Legal:* LG BI 01516-2020

PAUTA DE ACTUACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

SITUACIÓN DE RIESGO LEVE

Posibles causas: **Signos o Síntomas observables:**	*Llamar a*: ..... **Tlf. contacto: .....**

SITUACIÓN DE RIESGO GRAVE

Posibles causas: **Signos/Síntomas observables:**	Seguir Protocolo de Urgencias y Emergencias: 1. **Organización de los profesionales.** 2. **Atención al alumno: registro de síntomas, tiempo, etc.** 3. **Llamar servicio de urgencias 112. Seguir indicaciones.** 4. **Avisar al Padre/Madre Tutor-a Legal.**

D./Dª.....(Madre/Padre/Tutor-a Legal)
autorizo al personal del Centro Educativo ..... de la localidad..... a *llevar a cabo las pautas de actuación en caso de emergencia* arriba indicadas y se exime al personal de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los efectos secundarios y/o adversos que pudieran ocasionarse en su puesta en marcha.

Fecha/Lugar .....

Fdo.: .....
Firma Madre/Padre/Tutor-a legal del alumno/a

Firma Director/a Centro Educativo
Sello del Centro Educativo