

FICHA SANITARIA



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO		
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TELÉFONO DE CONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENCE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
-----------------	----	------------------------	-------------------------

ENFERMEDADES PASADAS

SARAMPIÓN
 HEPATITIS
 ASMA
 CARDIACAS
 OTRAS: _____

¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	¿CUÁL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?	¿CUÁL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	¿CUÁL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?	¿CUÁL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	¿CUÁL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

OTRAS ALERGIAS	HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE
----------------	--------------------------------

OTROS DATOS DE INTERÉS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS
<p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO:</p> <p><input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica</p> <p>Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que usted consiente expresamente.</p> <p>En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, Nº 17, C. P. 46001, Valencia (Valencia).</p> <p>Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p>Declaro ser mayor de edad,</p> <p>_____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p>D. / Dña. _____, como madre/padre/tutor de</p> <p>_____</p> <p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO:</p> <p><input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.</p> <p>Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente, van a ser incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que usted consiente expresamente.</p> <p>En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, Nº 17, C. P. 46001, Valencia (Valencia).</p> <p>Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p>Declaro ser mayor de edad,</p> <p>_____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante