



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	TELEFONO DE CONTACTO 1	TELEFONO DE CONTACTO 2

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUINEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENCE	NUMERO DEL SEGURO / SIP
ENFERMEDADES PASADAS <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CARDIACAS <input type="checkbox"/> OTRAS: _____			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SIGUE ALGUN TRATAMIENTO MEDICO?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SIGUE ALGUNA DIETA O REGIMEN ESPECIAL?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?		¿CUAL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRAS ALERGIAS		HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE	

OTROS DATOS DE INTERES

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD

DECLARO:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:
 Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica

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.**

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).

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.

Declaro ser mayor de edad,

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. _____,
como madre/padre/tutor de

DECLARO:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:
 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.

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.**

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).

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.

Declaro ser mayor de edad,

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

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