

FICHA SANITARIA



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO		ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO			
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		TELF.1.		TELF.2.	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO		RH		SEGURO AL QUE PERTENECE	NÚMERO 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?			¿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 ALÉRGICO 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: <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 del Centro Juniors, 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 al centro Juniors. Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales al Centro Juniors con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad,</p> <p style="text-align: center;">_____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p>D. / Dña. _____, como madre/padre/tutor de _____</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: <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 del Centro Juniors 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 al Centro Juniors. 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, al Centro Juniors con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad,</p> <p style="text-align: center;">_____, _____ 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