



# 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 PERTENCE		NÚMERO DEL SEGURO / SIP		
ENFERMEDADES PASADAS <input type="checkbox"/>								
<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 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

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 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,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ 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 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,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante, el día 1 de agosto antes de subir al autobús.