



FICHA SANITARIA

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la tarjeta sanitaria de la persona participante



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

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

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO		RH		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 ALGUN TRATAMIENTO MEDICO?				¿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								
¿LE SIENTA MAL ALGUN ALIMENTO?				¿CUÁL?				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
¿PADECES ENEURISIS NOCTURNA? (MOJAS LAS SÁBANAS)	¿INSOMNIO?		¿PESADILLAS?		¿VERTIGO?		¿SABES NADAR?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NADA POCO BIEN MUY BIEN	
¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO?			¿CUÁL?					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
OTRAS ALERGIAS				HA SIDO VACUNADO RECIENTEMENTE				
OTROS DATOS DE INTERES								

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS
<p>DECLARO:</p> <p>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 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.</p> <p>En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al centro Juniors.</p> <p>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.</p> <p>Declaro ser mayor de edad,</p> <p>_____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p>D. / Dña. _____,</p> <p>como madre/padre/tutor de</p> <p>_____</p> <p>DECLARO:</p> <p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>Declaro ser mayor de edad,</p> <p>_____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>