FICHA SANITARIA



		FICHA	SANITAKIA				Valencià	
DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE								
APELLIDOS NOMBRE DNI								
ALLELIDOS				Nomb				
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCR	ITO				I	
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTOI	IOMBRE DE LA MADRE / TUTORA TELÉFONO DE		TELÉFONO DE C	ONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2	
FICHA SANITARIA								
GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENCE				NÚMERO DEL S	EGURO / SIP	
_	ESCARLATINA SARAMPIÓN	HEPATITIS TUBERCULOSIS	☐ MENINGITIS ☐ NEUMONÍA ☐ RUBEOLA ☐ VARICELA					
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS CORAZÓN AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES OTRAS: AÑO DE LA INTERVENCIÓN:								
	☐ EPILEPSIA ☐ INCONTINENCIA URINARIA ☐ FOBIAS ¿A QUÉ?							
OTRAS: ¿ESTA RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL? ¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)								
SI NO ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?								
□SI □NO								
OTRAS ALERGIAS: PICADURA DE ALGÚN INSECTO ALGÚN ARBUSTO/PO				D/POLEN ALGÚN ALIMENTO OTRAS: ¿CUÁL? ¿CUÁL?				
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECI	AL?	¿CUÁL?	÷					
SI NO ;SABE NADAR? ; HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE? (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS)								
SADE NADAR! ¿THA SIDU VACUNADA RECIENTEMENTE! (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS)								
OTROS DATOS DE INTERÉS								
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN								
	EDAD / MENORES EMANCIPADO		T		MENORES DE EDAD N	O EMANCIPADOS		
DECLARO:	D. / Dña,							
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la			como madre/padre/tutor de					
actividad.			DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna					
AUTORIZO: Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de			incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.					
la actividad tome las	AUTORIZO:							
prescripción médica	Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y							
Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. En cualquier momento, podrá ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, N° 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					édica, si ha sido		•	
			Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre. En cualquier momento, podrá ejercitar los 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					
relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad, legalmente en su caso, a las asociaciones scouts con finalidades directament relacionadas con nuestra actividad.								
,	de	de			, de		de	
Firma:	Firma:							
DNI:	DNI: (SE RECOMIENDA CONSTATAR CON LA	A FICHA DE II	ISCRIPCIÓN SI LA PERSONA	FIRMANTE ES LA RESPON	SABLE DEL MENOR)			

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