|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHA SANITARIA****Campamento de Verano 2022** |  |
| DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE |
| APELLIDOS |  | NOMBRE |  | DNI |  |
| FECHA DENACIMIENTO |  | ACTIVIDAD EN QUE ESTAINSCRITO |  |
| NOMBRE DEL PADRE /TUTOR |  | TELF.1. |  | TELF.2. |  |
| FICHA SANITARIA |
| GRUPOSANGUÍNEO |  | RH |  | SEGURO ALQUE PERTENCE |  | NÚMERO DEL SEGURO / SIP |  |
| ENFERMEDADES PASADAS SARAMPIÓN |  HEPATITIS |  |  ASMA |  |  CARDIACAS |  OTRAS:  |
| ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?SI NO | ¿CUÁL? |
| ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?SI NO | ¿CUÁL? |
| ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?SI NO | ¿CUÁL? |
| ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?SI NO | ¿CUÁL? |
| ¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?SI NO | ¿CUÁL? |
| 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 médicaLe 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 ARCO, además de derechos de transparencia de información, supresión, limitación y portabilidad, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al Centro Juniors.Usted consiente expresamente conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril , 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 deDECLARO: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 ARCO, además de derechos de transparencia de información, supresión, limitación y portabilidad, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al Centro Juniors.Usted consiente expresamente conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril, 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 |