|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **FICHA SANITARIA**  **Campamento de Verano 2022** | | | | | | | | | |  | | | |
| 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   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 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 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 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |