



## FICHA SANITARIA 40 ANIVERSARIO JUNIORS M.D.



### DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA			
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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

#### MEJORES 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: \_\_\_\_\_

**MUY IMPORTANTE:** El día de la actividad será necesario que cada participante lleve físicamente su tarjeta sanitaria y/o seguro médico. (En caso de ser menor, las recogerá su Educador).