

**FICHA MÉDICA.  
"VERANEANDO EN  
MORALZARZAL"**



**NOMBRE Y APELLIDOS del participante:** \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-SANITARIOS** (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

		<b>ESPECIFICAR TIPO</b>	
ALERGIAS a <b>MEDICAMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	
ALERGIAS <b>AMBIENTALES</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	
<b>AFECCIONES</b> frecuentes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	
¿Debe seguir algún <b>TRATAMIENTO</b> durante la actividad?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	

Indique si tiene necesidades **educativas especiales** (hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.), especificando cuáles son:

**DATOS NUTRICIONALES** (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

		<b>ESPECIFICAR los alimentos que no puede tomar</b>	
<b>Celíaco</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	
<b>Diabético</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	
<b>Alergias alimentarias</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	
<b>Otras dietas especiales</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	

**OTROS DATOS** (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

<b>Puede realizar cualquier actividad física</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	<b>En caso de existir alguna limitación ESPECIFICAR cuál y su causa</b> _____
<b>Sabe nadar correctamente</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____

**OTROS DATOS DE INTERÉS** que desee constatar (puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio).

### CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Durante el desarrollo de las actividades, en el caso de no contactar con el padre, madre o tutor/a, avisar a:

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

**El/los abajo firmante/s:**

D. \_\_\_\_\_ como padre o tutor, con DNI \_\_\_\_\_ y/o D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ como madre o tutora, con DNI \_\_\_\_\_, autorizan a los responsables de "Veraneando en Moralarzal" a adoptar las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias según su buen criterio, en caso de extrema gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente y según las informaciones dadas en la ficha médica.

Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias contenidas en esta ficha son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

**Nº de hojas adicionales:** \_\_\_\_\_

Y para que así conste en Moralarzal, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Padre / madre /tutor/a

Padre / madre /tutor/a

Fdo: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

Los datos personales recogidos en este documento serán incorporados y tratados en el fichero *Fichas Médicas* (cuya finalidad es la Atención a los menores participantes en las actividades de la Mancomunidad de Servicios Sociales Municipales THAM durante los días no lectivos) y no serán cedidos excepto en casos previstos en la ley. El órgano responsable del fichero es la *Presidencia*, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Avd. de la Dehesa nº 63, 28250 Torrelodones, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.