

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



NOMBRE Y APELLIDOS del/la participante^(*): _____

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

ALERGIAS, TRATAMIENTOS Y AFECCIONES FRECUENTES. En su caso, especificar de qué tipo.

ALERGIAS a MEDICAMENTOS NO SÍ _____

ALERGIAS AMBIENTALES NO SÍ _____

AFECCIONES frecuentes NO SÍ _____

¿Debe seguir algún TRATAMIENTO durante la actividad? NO SÍ _____

¿Aporta informe médico? NO SÍ _____

NECESIDADES NUTRICIONALES. En su caso, especificar qué alimentos no puede tomar.

CELIACO/A NO SÍ _____

DIABÉTICO/A NO SÍ _____

ALERGIAS ALIMENTARIAS NO SÍ _____

OTRAS DIETAS ESPECIALES NO SÍ _____

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.)

NO

SÍ. En este caso, especifique cuál o cuáles:

LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

NO (puede realizar cualquier actividad)

SÍ. En este caso, indique qué limitación tiene y su causa:

SABE NADAR CORRECTAMENTE

NO. En su caso, especifique el nivel o material auxiliar necesario:

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 (indicar teléfono):

D/D^a. _____

AUTORIZACIONES^(*):

AUTORIZO al tratamiento de los datos aportados según la información facilitada al final de este documento, necesarios para la prestación del servicio. Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias contenidas en esta ficha son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

AUTORIZO a los responsables de "Veraneando en Moralarzal" a adoptar, en caso de extrema gravedad, las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias según su buen criterio bajo la dirección facultativa pertinente y según las informaciones dadas en la ficha médica.

Nº de hojas adicionales: _____

Los abajo firmantes certifican que las condiciones físico/sanitarias del/la menor son aptas para su participación en la actividad y acreditan la veracidad de la información aportada.

Fecha^(*): _____

Padre, madre, tutor/a

Fecha^(*): _____

Padre, madre, tutor/a

Fdo.^(*) _____

Fdo.^(*) _____

^(*) Datos de cumplimentación obligatoria.

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados con la finalidad de gestionar los datos socio-sanitarios necesarios para la participación del/la menor en el programa "Veraneando en Moralarzal", y no serán cedidos a terceros, salvo obligación. Este tratamiento se realiza en base a su consentimiento. El responsable del tratamiento es la Mancomunidad de Servicios Sociales THAM, con cuyo Delegado de Protección de Datos puede contactar a través de la siguiente dirección de correo electrónico: dpd@mancomunidad-tham.org. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como el resto de derechos incluidos en la información adicional, que puede consultar en www.mancomunidad-tham.es, o solicitar en su centro de servicios sociales o al coordinador/a de la actividad.