

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!:*

ALERGIAS, TRATAMIENTOS Y AFECCIONES FRECUENTES. En caso afirmativo, 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

NECESIDADES NUTRICIONALES. En caso afirmativo, especificar los alimentos que no puede tomar.

Celíaco/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. Indique qué limitación tiene y su causa:

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

Nº de hojas adicionales:

Los abajo firmantes:

D./Dña.(*) , con DNI(*)

D./Dña.(*) , con DNI(*)

Como padres o tutores/as del menor, **AUTORIZAMOS** a los responsables de la actividad organizada por la Mancomunidad THAM 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.

Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias de su hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

La firma de esta ficha supone la autorización para el tratamiento de los datos personales aportados en los términos indicados al final del documento, necesarios para la prestación del servicio solicitado.

Fecha(*): _____

Padre, madre, tutor/a

Padre, madre, tutor/a

Fdo. (*) _____

Fdo. _____

(*) Datos de cumplimentación obligatoria

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONAL- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El **responsable del tratamiento** de los datos personales es la MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES T.H.A.M, con CIF P7804502H. **Contacto DPD:** dpd@mancomunidad-tham.org La **finalidad** para la que los datos van a ser tratados es la gestión de fichas médicas. La **legitimación** para realizar dicho tratamiento está basada en el consentimiento expreso del interesado o de sus representantes legales, el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento y/o cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Los datos podrán ser cedidos y/o comunicados a las entidades públicas y/o privadas competentes e/o intervinientes en la materia, y en los supuestos previstos por la Ley. Los **Derechos** que el interesado ostenta consisten en: acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y (en su caso) retirada del consentimiento prestado. El modo de ejercer estos derechos se indica en la información adicional. Debe consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: <https://www.mancomunidad-tham.es/aviso-legal/#aviso>