



FITXA SANITÀRIA



DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT

COGNOMS		NOM	DNI
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTA INSCRIT GISTAÍN/CHISTEIN 2010	
NOM DEL PARE / TUTOR		NOM DE LA MARE / TUTORA	TELEFON DE CONTACTE 1 TELEFON DE CONTACTE 2

FITXA SANITÀRIA

GRUP SANGUINI	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY	NÚMERO DE LA ASSEGURANÇA / SIP
MALALTIES PASSEDES			
<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CARDÍAQUES <input type="checkbox"/> ALTRES: _____			
PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA?		QUINA?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MEDIC?		QUINA?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
TE ALGUNA MALALTIA CRONICA?		QUINA?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SEGUEIX ALGUNA DIETA O REGIM ESPECIAL?		QUIN-A?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ES AL·ERGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIOTIC?		QUIN?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ALTRES AL·LÈRGIES		HA SIGUT VACUNAT/ADA RECENTMENT	
ALTRES DADES D'INTERÈS			

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

MAJORS DE EDAT	MENORS DE EDAT NO EMANCIPATS
<p>DECLARE:</p> <p>Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal exercici de l'activitat.</p> <p>AUTORITZE:</p> <p><input type="checkbox"/> Que en cas de màxima urgència el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica</p> <p>Li informem que les seues dades personals seran incorporades a un fitxer, propietat de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creat per a la finalitat, entre altres, de gestionar i controlar les peculiaritats mèdiques que l'associat declara, per al que vosté consent expressament. En qualsevol moment, podrà exercitar els seus Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, mitjançant un escrit i acreditant la seua personalitat dirigit a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, NÚM. 17, C. P. 46001, València (València). Vosté consent expressament conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, en la cessió de les seues dades personals a les associacions escoltes amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat. Declare ser major d'edat,</p> <p>_____, _____ d _____ de _____</p> <p>Signatura: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p>En / Na _____, com a mare/pare/tutor de _____</p> <p>DECLARE:</p> <p>Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal exercici de l'activitat.</p> <p>AUTORITZE:</p> <p><input type="checkbox"/> Que en cas de màxima urgència el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha sigut impossible la meua localització.</p> <p>Li informem que les seues dades personals i les del seu representat legalment, seran incorporades a un fitxer, propietat de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creat per a la finalitat, entre altres, de gestionar i controlar les peculiaritats mèdiques que l'associat declara, per al que vosté consent expressament. En qualsevol moment, podrà exercitar els seus Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, mitjançant un escrit i acreditant la seua personalitat dirigit a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, NÚM. 17, C. P. 46001, València (València). Vosté consent expressament conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, en la cessió de les seues dades personals i els del seu representat legalment si és el cas, a les associacions escoltes amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat. Declare ser major d'edat,</p> <p>_____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>

Juntament a aquest full serà necessari adjuntar còpia de la tarjeta sanitària i/o assegurança mèdica de la persona participant