



FITXA SANITÀRIA



DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT

COGNOMS		NOM		DNI	
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTÀ INSCRIT CAMPAMENT JASA 2017 I RONDA SOLAR 2017-2018			
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	NUMERO DE LA ASSEGURANÇA / SIP
---------------	----	-------------------------------	--------------------------------

MALALTIES PASSADES	<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> MENINGITIS	<input type="checkbox"/> PNEUMÒNIA	<input type="checkbox"/> RUBÈOLA
	<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSI	<input type="checkbox"/> VARICEL·LA		

INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES PATIDES	<input type="checkbox"/> COR	<input type="checkbox"/> AMÍGDALES I/O VEGETACIONS	<input type="checkbox"/> ALTRES: _____
	<input type="checkbox"/> COLUMNA	<input type="checkbox"/> APÈNDIX	ANY DE LA INTERVENCIÓ: _____

MALALTIES QUE PATEIX	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME	<input type="checkbox"/> DIABETIS	DOSIS INSULINA _____
	<input type="checkbox"/> EPILÈPSIA	<input type="checkbox"/> INCONTINÈNCIA URINÀRIA	<input type="checkbox"/> FOBIES	A QUÈ? _____
	<input type="checkbox"/> ANÈMIA			
	<input type="checkbox"/> ALTERACIONS PSÍQUIQUES	quines? _____		
	<input type="checkbox"/> ALTRES:			

ESTA REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL?	QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ES AL·LÈRGIC A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT?	QUIN? QUE USA COM A SUBSTITUTIU?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ALTRES AL·LÈRGIES:	<input type="checkbox"/> PICADA D'ALGUN INSECTE	<input type="checkbox"/> ALGUN ARBUST/POL·LEN	<input type="checkbox"/> ALGUN ALIMENT	<input type="checkbox"/> ALTRES:
QUIN?	QUIN?	QUIN?	QUIN?	QUIN?

SEGUEIX ALGUNA DIETA O REGIM ESPECIAL?	QUIN?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

SAP NADAR?	CARTILLA DE VACUNACIÓ ACTUALITZADA (ADJUNTAR UN CERTIFICAT DE LA DATA D'ADMINISTRACIÓ DE LA VACUNA I EL CARNET DE VACUNES)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ALTRES DADES D'INTERES (EXEMPLES: ANTECEDENTS FAMILIARS, MEDICACIÓ HABITUAL EN SITUACIONS ESPECIALS COM A MAL DE CAP, TOS...)

EMPLENAR EN CAS DE DONA PREN ALGUN TIPUS DE ANTICONCEPTIU <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO QUIN? _____	EMPLENAR EN CAS QUE PROCEDISCA ÉS FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSUMEIX BEGUDES ALCOHÒLIQUES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ESTA ÈMBARASSADA O EL SOSPITA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALTRES SUBSTÀNCIES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____
<input type="checkbox"/> NO	PATEIX O HA PATIT ALGUNA MALALTIA DE TRANSMISSIÓ SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

MAJORS DE EDAT	MENORS DE EDAT NO EMANCIPATS
DECLARE: Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal exercici de l'activitat. AUTORITZE: <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. 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, _____, _____ d _____ de _____ Signatura: _____ DNI: _____	En / Na _____, com a mare/pare/tutor de _____ DECLARE: Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal exercici de l'activitat. AUTORITZE: <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. 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. _____, _____ d _____ de _____ Firma: _____ DNI: _____ (ES RECOMANA CONSTATAR AMB LA FITXA D'INSCRIPCIÓ SI LA PERSONA SIGNATÀRIA ÉS LA RESPONSABLE DEL MENOR)

Juntament a aquesta fulla serà necessari adjuntar còpia de la cartilla de vacunació, la targeta sanitària i/o segur metge de la persona participant. Es recomana renovar aquesta fitxa anualment de cara als campaments d'estiu o quan hi haja un canvi en la informació de la mateixa.