



FICHA SANITARIA MENORES DE EDAD NO EMANCIPADAS



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO		
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TLF. DE CONTACTO 1	TLF. DE CONTACTO 2

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENECE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
-----------------	----	-------------------------	-------------------------

ENFERMEDADES PASADAS	☐ ESCARLATINA ☐ SARAMPIÓN	☐ HEPATITIS ☐ TUBERCULOSIS	☐ MENINGITIS ☐ VARICELA	☐ NEUMONÍA	☐ RUBEOLA
----------------------	--	---	--	-----------------------------------	----------------------------------

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS	☐ CORAZÓN ☐ COLUMNA	☐ AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES ☐ APÉNDICE	☐ OTRAS: AÑO DE LA INTERVENCIÓN:
--------------------------------------	--	--	--

ENFERMEDADES QUE PADECE	☐ ASMA ☐ EPILEPSIA ☐ ANEMIA ☐ ALTERACIONES PSÍQUICAS ¿CUÁLES? ☐ OTRAS:	☐ SONAMBULISMO ☐ INCONTINENCIA URINARIA	☐ DIABETES ☐ FOBIAS ¿A QUÉ?	DOSIS INSULINA:
-------------------------	---	--	--	-----------------

¿ESTA RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)
---	--

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?
--	-----------------------------------

OTRAS ALERGIAS:	☐ PICADURA DE INSECTO ¿CUÁL?	☐ ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL?	☐ ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL?	☐ OTRAS: ¿CUÁL?
-----------------	--	--	---	---

¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? ☐ SI ☐ NO	¿CUÁL?
--	--------

¿SABE NADAR? ☐ SI ☐ NO	CALENDARIO DE VACUNAS ACTUALIZADO (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS) ☐ SI ☐ NO
---	--

OTROS DATOS DE INTERÉS (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACIÓN HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...)
--

CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER TOMA ALGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO ☐ SI ☐ NO ¿CUÁL?	CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA ES FUMADOR: ☐ SI ☐ NO CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: ☐ SI ☐ NO
---	--

OTRAS SUSTANCIAS: ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR: _____
---	--------------------

PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: ☐ SI ☐ NO	ESPECIFICAR: _____
---	--------------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Continúa en el dorso de la hoja

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante.

Si la actividad es fuera de los locales del grupo, será necesario entregar la tarjeta original.

Se recomienda renovar esta ficha anualmente de cara a los campamentos de verano o cuando haya un cambio en la información de la misma.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

☐ **Acepto** el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.

☐ **No acepto** el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.

Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales y los de la persona que representa legalmente, en su caso, a **FEV**, al **Movimiento Scout Católico**, y a las **Asociaciones Scouts** con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad, y a **UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros y a Asesoramiento Médico siglo XXI**, con finalidades de aseguramiento de nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.

☐ **Acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros

☐ **No acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos y los de la persona que represento legalmente en su caso implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad **FEV**.

☐ **Declaro** que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

☐ **Declaro** que, en caso de máxima urgencia, la persona responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si NO ha sido posible mi localización.

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

Fecha:

Firmar:

EN CASO DE CUSTODIA CONJUNTA, DEBEN FIRMAR LA AUTORIZACIÓN LAS DOS PARTES FAMILIARES DE LA MENOR

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDGDD 3/2018), en base al artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), le informamos de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal titularidad de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, creado para la finalidad de gestionar las actividades y los servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para enviarles comunicaciones sobre actividades, servicios o información de interés para usted de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que **usted consiente expresamente**. En cualquier momento podrá ejercitar los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), en consecuencia tiene derecho a solicitar a la persona responsable del tratamiento el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en un tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, Plaza de Las Escuelas Pías, nº 3, bajo, izquierda, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección fev@scoutsfev.org. La legitimación del tratamiento que legitima o legaliza el tratamiento de sus datos personales es la solicitud por escrito de incorporación al grupo scout correspondiente mediante la cumplimentación y la firma de la hoja de inscripción en el grupo scout (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito) y en su caso el consentimiento libremente prestado por el interesado o afectado. Respecto al plazo temporal de conservación de sus datos personales, le informamos que éstos serán conservados mientras sean necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido registrados. Por lo tanto, se procederá a su cancelación cuando éstos hayan dejado de ser necesarios para cumplir con las finalidades legítimas descritas anteriormente. Conforme a lo estipulado por el artículo 13.2. c) del RGPD le comunicamos la existencia del derecho a retirar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Asimismo, también le informamos de su derecho a presentar en su caso una reclamación ante la autoridad de control nacional (AEPD).