



Escola Lluerna

FITXA SANITÀRIA



DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT

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

FITXA SANITÀRIA

GRUP SANGUINI	RH	SEGUR AL QUE PERTANY	NOMBRE DEL SEGUR / SIP
MALALTIES PASSADES			
<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> MENINGITIS	<input type="checkbox"/> PNEUMÒNIA
<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSI	<input type="checkbox"/> VARICEL·LA	<input type="checkbox"/> RUBÈOLA
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"/> DIABETIS	DOSI INSULINA _____	
<input type="checkbox"/> EPILÈPSIA	<input type="checkbox"/> ALTRES	A QUÈ? _____	
<input type="checkbox"/> ANÈMIA	<input type="checkbox"/> ALTERACIONS PSÍQUIQUES	QUINES? _____	
<input type="checkbox"/> ALTRES:			
ESTÀ REBENT ALGÚN TRACTAMENT ESPECIAL?		QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ÉS AL·LÈRGIC A ALGÚN TIPUS DE MEDICAMENT?		QUIN? QUÈ UTILITZA COM SUBSTITUTIU?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ALTRES AL·LÈRGIES:	<input type="checkbox"/> PICADA D'INSECTE	<input type="checkbox"/> ALGUN ARBUST/POL·LEN	<input type="checkbox"/> ALGUN ALIMENT
QUIN?	QUIN?	QUIN?	<input type="checkbox"/> ALTRES: QUIN?
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL?		QUIN?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
TÉ LES VACUNES AL DÍA?		EN QUIN ANY ET VAN VACUNAR DEL TÈTAN DIFTÈRIA D'ADULTS?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

DECLARACIÓ I AUTORIZACIÓ

MAJORS D'EDAT

DECLARE:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament de l'activitat.

AUTORITZE:

- Que en cas de màxima urgència, el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica.

Li informem que les seues dades personals i les del seu representant legal, han sigut incorporats a un fitxer, propietat de la FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creat amb la finalitat de gestionar les activitats i serveis oferits. Les dades romandran arxivades per rebre comunicacions d'algunes activitats, servicis o informació de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, per qualsevol mitjà, inclosos els electrònics, pel què **consent expressament** conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre.

En qualsevol moment, podrà exercitar els Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, mitjançant un escrit i acreditant la seua personalitat dirigida a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, N° 17, C. P. 46001, València (València).

Vosté conscient expressament conforme al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, en la cessió de les seues dades personals i les del seu representant legalment en el seu cas, a les associacions escoltes en finalitats directament relacionades en la nostra activitat.

Declare ser major d'edat,

_____, _____ de _____ de _____

Signatura: _____

DNI: _____