

		FITXA SANITÀRIA MENORS D'EDAT NO EMANCIPADES			
DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT					
NOM:		COGNOMS:		DNI:	
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTÀ INSCRITA			
NOM DEL PARE / TUTOR		NOM DE LA MARE / TUTORA		TLF. DE CONTACTE 1	TLF. DE CONTACTE 2
FITXA SANITÀRIA: INFORMACIÓ IMPORTANT PER A UNA POSSIBLE ASSISTÈNCIA MÈDICA					
GRUP SANGUINI	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY		NÚMERO DE L'ASSEGURANÇA / SIP	
MALALTIES PASSADES <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> NEUMÒNIA <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"/> COLUMNA <input type="checkbox"/> AMÍGDALES I/O VEGETACIONS <input type="checkbox"/> APÈNDIX		<input type="checkbox"/> ALTRES: 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:			
ESTÀ REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)			
ÉS AL·LÈRGIC/A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN? QUÈ USA COM A SUBSTITUTIU?			
ALTRES AL·LÈRGIES:	<input type="checkbox"/> PICADA D'ALGUN INSECTE QUIN?	<input type="checkbox"/> ALGUN ARBUST/POL·LEN QUIN?	<input type="checkbox"/> ALGUN ALIMENT QUIN?	<input type="checkbox"/> ALTRES: QUIN?	
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN?			
SAP NADAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALENDARI DE VACUNES ACTUALITZAT (ADJUNTAR UN CERTIFICAT DE LA DATA D'ADMINISTRACIÓ DE LA VACUNA I EL CARNET DE VACUNES) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
ALTRES DADES D'INTERÈS (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			
ALTRES SUBSTÀNCIES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____					
PATEIX O HA PATIT ALGUNA MALALTIA DE TRANSMISSIÓ SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____					
DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ					
<u>Continua al dors del full</u>					
Juntament a aquesta fulla serà necessari adjuntar còpia de la cartilla de vacunació, la targeta sanitària i/o d'assegurança mèdica de la persona participant. Si l'activitat és fora dels locals de l'agrupament, caldrà entregar la targeta original.					

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

☐ **Accepte** el tractament de les meues dades i les de la persona que represente legalment amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.

☐ **No accepte** el tractament de les meues dades i les de la persona que represente legalment amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.

Vostè consent expressament conforme a la LOPDGDD i al RGPD de la Unió Europea, la cessió de les seues dades personals i les de la persona que representa legalment en el seu cas, a la FEV, al **Movimiento Scout Católico**, i a les **Associacions Escoltes (SdC, MEV, i/o SdA)** amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat, i a **UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros i Asesoramiento Médico Siglo XXI** amb finalitats d'assegurament de les nostres persones associades, directament relacionades amb la nostra activitat.

☐ **Accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a les Entitats Escoltes i a l'Agència d'Assegurances.

☐ **No accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a les Entitats Escoltes i a l'Agència d'Assegurances.

Li comuniquem que la negativa al tractament de les seues dades i les de la persona que representa legalment, en el seu cas, implicarà la impossibilitat d'accedir a les activitats i/o serveis oferts per la FEV.

☐ **Declare** que totes les dades expressades en aquesta fitxa són precises, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament de l'activitat.

☐ **Declare** que, en cas de màxima urgència, la persona responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixements i prescripció mèdica, si NO ha sigut possible la meua localització.

Nom i cognoms:

Nom i cognoms:

DNI/NIE:

DNI/NIE:

Data:

Signatura:

Data:

Signatura:

EN CAS DE CUSTÒDIA CONJUNTA, DEUEN SIGNAR L'AUTORITZACIÓ LES DUES PARTS DE LA MENOR

En compliment de l'obligació d'informar en la recollida de dades conforme a la Llei orgànica de Protecció de Dades Personals (LOPDGDD 3/2018), sobre la base de l'article 13 del Reglament General de Protecció de Dades de la UE (RGPD), l'informem de l'existència d'un fitxer o tractament de dades de caràcter personal titularitat de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, creat per a la finalitat de gestionar les activitats i els serveis oferits. Les dades romandran arxivats per a enviar-los comunicacions sobre activitats, serveis o informació d'interès per a vostè de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, per qualsevol mitjà, inclosos els electrònics, per al que **vosté consent expressament**. En qualsevol moment podrà exercitar els drets establits en els articles 15 a 22 del Reglament General de Protecció de Dades de la UE (RGPD), en conseqüència té dret a sol·licitar a la persona responsable del tractament l'accés a les seues dades personals, i la seua rectificació o supressió, o la limitació del seu tractament, o a oposar-se al tractament, així com el dret a la portabilitat de les dades i el dret a no ser objecte d'una decisió basada únicament en un tractament automatitzat de dades, inclosa l'elaboració de perfils, mitjançant un escrit, acreditant la seua identitat, dirigit a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, Plaza de L'Escola Pia, núm. 3, baix, esquerra, C.P. 46001, València (València), o mitjançant via electrònica, acreditant la seua personalitat, en l'adreça fev@scoutsfev.org. La legitimació del tractament que legitima o legalitza el tractament de les seues dades personals és la sol·licitud per escrit d'incorporació al grup scout corresponent mitjançant l'emplenament i la signatura del full d'inscripció en el grup scout (execució d'un pacte o d'un acord per escrit) i si és el cas el consentiment lliurement prestat per l'interessat o afectat. Respecte al termini temporal de conservació de les seues dades personals, l'informem que aquests seran conservats mentre siguen necessaris o pertinents per a la finalitat per a la qual hagueren sigut registrats. Per tant, es procedirà a la seua cancel·lació quan aquests hagen deixat de ser necessaris per a complir amb les finalitats legítimes descrites anteriorment. Conforme a l'estipulat per l'article 13.2. c) del RGPD li comuniquem l'existència del dret a retirar el seu consentiment per al tractament de les seues dades personals, sense que això afecte la licitud del tractament basat en el consentiment previ a la seua retirada. Així mateix, també l'informem del seu dret a presentar si és el cas una reclamació davant l'autoritat de control nacional (AEPD).