

| | | FITXA SANITÀRIA MAJORS D'EDAT O MENORS EMANCIPADES | |  | |
|---|---|--|--|---|--------------------|
| DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT | | | | | |
| COGNOMS | | | NOM | | DNI |
| DATA DE NAIXEMENT | EDAT | ACTIVITAT EN LA QUAL ESTÀ INSCRITA | | | |
| NOM PARE/TUTOR (COM A CONTACTE) | | NOM MARE/TUTORA (COM A CONTACTE) | TLF. DE CONTACTE 1 | | TLF. DE CONTACTE 2 |
| FITXA SANITÀRIA: INFORMACIÓ IMPORTANT PER A UNA POSSIBLE ASSISTÈNCIA MÈDICA | | | | | |
| GRUP SANGUÍNI | RH | ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY | | NÚMERO DE L'ASSEGURANÇA / SIP | |
| MALALTIES PASSEADES <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 | 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 | | | | |
| 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 | | | |
| ESTÀ EMBARASSADA O HO SOSPITA: <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. Es recomana renovar aquesta fitxa anualment de cara als campaments d'estiu o quan hi haja un canvi en la informació de la mateixa. | | | | | |

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

- ☐ **Accepte** el tractament de les meues dades amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.
- ☐ **No accepte** el tractament de les meues dades amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.

Vostè consent expressament conforme a la LOPDGD i al RGPD de la Unió Europea, la cessió de les seues dades personals 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'assegurança de les nostres persones associades, directament relacionades amb la nostra activitat.

- ☐ **Accepte** la cessió de les meues dades a les Entitats Escoltes i a l'Agència d'Assegurances.
- ☐ **No accepte** la cessió de les meues dades a les Entitats Escoltes i a l'Agència d'Assegurances.

Li comuniquem que la negativa al tractament de les seues dades implicarà la impossibilitat d'accedir a les activitats i/o serveis oferts per la FEV.

- ☐ **Declare** ser major d'edat o ser menor d'edat emancipada.
- ☐ **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.

Nom i cognoms:

DNI/NIE:

Data:

Signatura:

En compliment de l'obligació d'informar en la recollida de dades conforme a la Llei orgànica de Protecció de Dades Personals (LOPDGD 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'interés 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 siguin 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).