

# FICHA SANITARIA PARA ACTIVIDADES DE JUNIORS ESCOLA D'ANIMADORS



## DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

NOMBRE	APELLIDOS	DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	ACTIVIDAD EN LA QUE ESTÁ INSCRITO		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2		

## DATOS DE LOS PADRES/TUTORES

NOMBRE	APELLIDOS		
MOVIL	E-MAIL	DNI	
NOMBRE	APELLIDOS		
MOVIL	E-MAIL	DNI	

## FICHA SANITARIA

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

### ENFERMEDADES PASADAS

SARAMPIÓN   
  HEPATITIS   
  ASMA   
  CARDÍACAS   
  OTRAS: \_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?

OTRAS ALERGIAS	¿HA SIDO VACUNADO/A RECIENTEMENTE?
----------------	------------------------------------

## OTROS DATOS DE INTERÉS

## DECLARACIÓN, NORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

### MAYORES DE EDAD

#### DECLARO:

**1º.** Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.  
**2º.** Conocer que conforme a lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de carácter personal que Usted ha facilitado de forma voluntaria se incorporarán a un fichero automatizado cuyo responsable es JUNIORS MOVIMENT DIOCESA, con el fin de llevar a cabo la gestión integral de su solicitud de inscripción, cobrar la cuota correspondiente, contactarle y enviarle información, incluso por medios electrónicos, acerca de otras actividades, productos y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la actividad ofrecida por JUNIORS MOVIMENT DIOCESA, estando prevista la comunicación de los mismos a aquellos profesionales y/o empresas que intervienen en la gestión de su solicitud, descritos en el Documento de Seguridad. Si no nos manifiesta lo contrario entendemos que Usted consiente el tratamiento indicado. Puede ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, mediante escrito dirigido a JUNIORS MOVIMENT DIOCESA, c/Músico Hipólito Martínez, 10 Bj - 46020- Valencia, junto con una fotocopia del DNI.  No deseo recibir información sobre la entidad.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ (Necesario adjuntar fotocopia DNI y fotocopia de la tarjeta sanitaria o del seguro médico)

### MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

#### DECLARO:

**1º.** Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.  
**2º.** Conocer que conforme a lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos de carácter personal del menor que Usted ha facilitado de forma voluntaria se incorporarán a un fichero automatizado cuyo responsable es JUNIORS MOVIMENT DIOCESA, con el fin de llevar a cabo la gestión integral de su solicitud de inscripción, cobrar la cuota correspondiente, contactarle y enviarle información, incluso por medios electrónicos, acerca de otras actividades, productos y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la actividad ofrecida por JUNIORS MOVIMENT DIOCESA, estando prevista la comunicación de los mismos a aquellos profesionales y/o empresas que intervienen en la gestión de su solicitud, descritos en el Documento de Seguridad. Si no nos manifiesta lo contrario entendemos que Usted, como responsable del menor, consiente el tratamiento indicado. Puede ejercitar sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, mediante escrito dirigido a JUNIORS MOVIMENT DIOCESA, c/Músico Hipólito Martínez, 10 Bj -46020- Valencia, junto con una fotocopia del DNI.  No deseo recibir información sobre la entidad.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ (Necesario adjuntar fotocopia DNI del responsable del menor arriba firmante y la fotocopia de la tarjeta sanitaria o seguro médico de la persona arriba inscrita)