



MOVIMENT JUVENIL  
SANT JAUME

FICHA SANITARIA  
2019-2020

DATOS DEL JOVEN

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DNI:

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

TELÉFONO:

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO:

RH:

SEGURO AL QUE PERTENECE:

Nº SIP:

PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD:

SI  NO

¿CUÁL?

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?

SI  NO

¿CUÁL?

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?

SI  NO

¿CUÁL?

¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?

SI  NO

¿CUÁL?

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?

SI  NO

¿CUÁL?

OTRAS ALERGIAS:

¿HA SIDO VACUNADO RECIENTEMENTE?

OTROS DATOS DE INTERÉS:

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD

DECLARO:

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

AUTORIZO:

Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica

Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad del Movimiento Juvenil, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que **usted consiente expresamente**.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al movimiento.

Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales al Movimiento Juvenil con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

Declaro ser mayor de edad,

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

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

D. / Dña. \_\_\_\_\_,

como madre/padre/tutor de

\_\_\_\_\_

DECLARO:

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

AUTORIZO:

Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente, van a ser incorporados a un fichero, propiedad del Movimiento Juvenil para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que **usted consiente expresamente**.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido al movimiento. Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, al Movimiento Juvenil con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

Declaro ser mayor de edad,

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

DNI: \_\_\_\_\_

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

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

DNI: \_\_\_\_\_

*(Junto a este impreso será necesario adjuntar la fotocopia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico.)*