**Nombre y Apellidos del/la participante(\*):**

**DATOS SOCIO-SANITARIOS(\*)** (complete todas las casillas, aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

|  |
| --- |
| **ALERGIAS, TRATAMIENTOS Y AFECCIONES FRECUENTES.** En su caso, especificar de qué tipo.ALERGIAS a MEDICAMENTOS [ ]  NO [ ]  SÍ Alergias AMBIENTALES [ ]  NO [ ]  SÍ Afecciones frecuentes [ ]  NO [ ]  SÍ ¿Debe seguir algún tratamiento durante la actividad? [ ]  NO [ ]  SÍ ¿Aporta informe médico? [ ]  NO [ ]  SÍ |
| **NECESIDADES NUTRICIONALES.** En su caso, especificar qué alimentos no puede tomar.CELIACO/A [ ]  NO [ ]  SÍ DIABÉTICO/A [ ]  NO [ ]  SÍ ALERGIAS ALIMENTARIAS [ ]  NO [ ]  SÍ OTRAS DIETAS ESPECIALES [ ]  NO [ ]  SÍ  |
| **NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES** (hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.)[ ]  NO[ ]  SÍ. En este caso, especifique cuál o cuáles:  |
| **LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA** [ ]  NO (puede realizar cualquier actividad)[ ]  SÍ. En este caso, indique qué limitación tiene y su causa:  |
| **SABE NADAR CORRECTAMENTE**[ ]  NO. En su caso, especifique el nivel o material auxiliar necesario:[ ]  SÍ.  |

**OTROS DATOS DE INTERÉS** que desee constatar (puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio).

|  |
| --- |
|  |

**CONTACTO EN CASO DE URGENCIA:**

|  |
| --- |
| Durante el desarrollo de las actividades, en el caso de no contactar con el padre, madre o tutor/a, avisar a (indicar teléfono):D/Dª.  |

**AUTORIZACIONES(\*):**

|  |
| --- |
| [ ]  AUTORIZO al tratamiento de los datos aportados según la información facilitada al final de este documento, necesarios para la prestación del servicio.[[1]](#footnote-1) Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias contenidas en esta ficha son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada. |
| [ ]  AUTORIZO a los responsables de “Veraneando en Alpedrete” a adoptar, en caso de extrema gravedad, las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias según su buen criterio bajo la dirección facultativa pertinente y según las informaciones dadas en la ficha médica. |

**Nº de hojas adicionales:**

Los abajo firmantes certifican que las condiciones físico/sanitarias del/la menor son aptas para su participación en la actividad y acreditan la veracidad de la información aportada.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha(\*):Padre, madre, tutor/aFdo.(\*)  | Fecha(\*):Padre, madre, tutor/aFdo.(\*) |

(\*) Datos de cumplimentación obligatoria.

1. Los datos personales recogidos en este documento serán tratados con la finalidad de gestionar los datos socio-sanitarios necesarios para la participación del/la menor en el programa "Veraneando en Alpedrete”, y no serán cedidos a terceros, salvo obligación. Este tratamiento se realiza en base a su consentimiento. El responsable del tratamiento es la Mancomunidad de Servicios Sociales THAM, con cuyo Delegado de Protección de Datos puede contactar a través de la siguiente dirección de correo electrónico: dpd@mancomunidad-tham.org. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como el resto de derechos incluidos en la información adicional, que puede consultar en www.mancomunidad-tham.es, o solicitar en su centro de servicios sociales o al coordinador/a de la actividad. [↑](#footnote-ref-1)