

**NOMBRE Y APELLIDOS del 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 caso afirmativo, 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 \_\_\_\_\_

**NECESIDADES NUTRICIONALES.** En caso afirmativo, especificar los alimentos que no puede tomar.

Celíaco  NO  SÍ \_\_\_\_\_

Diabético  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. Indique qué limitación tiene y su causa:

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

**Los abajo firmantes:**

D./Dña. (\*) \_\_\_\_\_ con DNI(\*) \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

Como padres o tutores del menor, **AUTORIZAMOS** a los responsables de la actividad organizada por la Mancomunidad THAM 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.

Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias de su hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

La firma de esta ficha de inscripción supone la autorización para el tratamiento de los datos personales aportados en los términos indicados al final del documento, necesarios para la prestación del servicio solicitado.

Fecha(\*): \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor/a

Padre, madre, tutor/a

Fdo. (\*) \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

*Nº de hojas adicionales:*

(\*) Datos de cumplimentación obligatoria

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados con la finalidad de gestionar los datos sanitarios necesarios para la participación de su hijo/a en el programa "Días sin Cole", y no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal. Este tratamiento se realiza en base a su necesidad para la prestación del servicio solicitado. 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](mailto: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.org](http://www.mancomunidad-tham.org), o solicitar en su centro de servicios sociales o al coordinador de la actividad.