

## FICHA MÉDICA

## ESCUELA DE VERANO 2025

ALPEDRETE

**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** (retraso madurativo, TEA, TDH, TGD, etc.)

NO

Sí. En este caso, especifique cuál o cuáles y qué cuidados especiales requiere:

**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**

Sí.

NO. En su caso, especifique el nivel o material auxiliar necesario:

**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/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES** (\*):

AUTORIZO al tratamiento de los datos aportados según la información facilitada al final de este documento, necesarios para la prestación del servicio. 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/a

Fecha (\*): \_\_\_\_\_  
Padre, madre, tutor/a

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

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

(\*): Datos de cumplimentación obligatoria.

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONAL- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.**

El responsable del tratamiento de los datos personales es la MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES T.H.A.M, con CIF P7804502H. **Contacto DPD:** [dpd@mancomunidad-tham.org](mailto:dpd@mancomunidad-tham.org) La finalidad para la que los datos van a ser tratados es la gestión de fichas médicas. La legitimación para realizar dicho tratamiento está basada en el consentimiento expreso del interesado o de sus representantes legales, el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento y/o cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Los datos podrán ser cedidos y/o comunicados a las entidades públicas y/o privadas competentes e/o intervinientes en la materia, y en los supuestos previstos por la Ley. Los **Derechos** que el interesado ostenta consisten en: acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y (en su caso) retirada del consentimiento prestado. El modo de ejercer estos derechos se indica en la información adicional. Debe consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: <https://www.mancomunidad-tham.es/aviso-legal/#aviso>