

## Ficha médica ESCUELA DE VERANO 2026 Hoyo de Manzanares

**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 \_\_\_\_\_

ALERGIAS ALIMENTARIAS  NO  SÍ \_\_\_\_\_

OTRAS DIETAS ESPECIALES  NO  SÍ \_\_\_\_\_

DIABÉTICO/A (se requiere informe médico)  NO  SÍ \_\_\_\_\_

**NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

NO

SÍ. En este caso, especifique cuál o cuáles y resuma los cuidados especiales necesarios (se requiere informe de diagnóstico: retraso madurativo, TEA, TDH, TGD, etc.). Recuerde asistir a la reunión informativa de familias para después mantener una entrevista individualizada con los responsables de la actividad.

**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, correctamente

NO, necesita dispositivo de flotación (en este caso ha de utilizar un dispositivo sujeto al cuerpo: manguitos o chaleco flotante)

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

**AUTORIZACIONES** (\*):

**Autorizo** al tratamiento y la cesión de los datos aportados necesarios para la gestión del servicio de “Escuelas de Verano”, según la información legal facilitada al final de este documento:  Sí  No

(En este caso, es necesaria la autorización de este apartado para poder formalizar la solicitud)

**Autorizo** a los responsables de “Escuelas de verano” 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:  Sí  No

**Nº de hojas adicionales si las hubiere:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Madre, padre, tutor/a

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

Madre, padre, tutor/a

(\*): 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 THAM, 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 proyectos. 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>