

Ficha médica ESCUELA DE VERANO 2026 Moralarzarzal

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 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>