Ficha médica DSC 2026 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	_____
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:

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 "Días sin cole", según la in formación 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 "Días sin cole" 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 médi ca: 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.(*) _____ Fdo.(*) _____

Madre, padre, tutor/a 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