

FICHA SANITARIA CAMPAMENTO 2020

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO		ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO			
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		TELF.1.		TELF.2.	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENCE	NÚMERO DEL SEGURO /
ENFERMEDADES PASADAS			
<input type="checkbox"/> SARAMPIÓN <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CARDIACAS <input type="checkbox"/> OTRAS: _____			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		¿CUÁL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?		¿CUÁL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?		¿CUÁL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?		¿CUÁL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?		¿CUÁL?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRAS ALERGIAS		HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE	

OTROS DATOS DE INTERÉS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD	MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS
<p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica</p> <p>Mediante este formulario, prestas tu consentimiento para que los datos personales que facilites a Obras Misionales Pontificias sean tratados para gestionar tu relación con esta entidad, para poder comunicarnos contigo y para mantenerte informado de campañas y actividades. La legitimación para tratar tus datos está basada en tu consentimiento. Solamente podrán ser cedidos a otras entidades de la Iglesia Católica y, además, en aquellos otros casos en que obligue la Ley. Como titular de los datos puedes, en todo momento acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puedes consultar toda la información sobre privacidad en nuestra web: www.omp.es/politica-proteccion-datos/</p> <p>Declaro ser mayor de edad, _____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p>D. / Dña. _____, como madre/padre/tutor de _____</p> <p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.</p> <p>Mediante este formulario, prestas tu consentimiento para que los datos personales que facilites a Obras Misionales Pontificias sean tratados para gestionar tu relación con esta entidad, para poder comunicarnos contigo y para mantenerte informado de campañas y actividades. La legitimación para tratar tus datos está basada en tu consentimiento. Solamente podrán ser cedidos a otras entidades de la Iglesia Católica y, además, en aquellos otros casos en que obligue la Ley. Como titular de los datos puedes, en todo momento acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puedes consultar toda la información sobre privacidad en nuestra web: www.omp.es/politica-proteccion-datos/</p> <p>Declaro ser mayor de edad, _____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>