

**FICHA MÉDICA.
"VERANEANDO EN
ALPEDRETE"**



**AYUNTAMIENTO
ALPEDRETE**



NOMBRE Y APELLIDOS del participante: _____

DATOS SOCIO-SANITARIOS (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

		ESPECIFICAR TIPO	
ALERGIAS a MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
ALERGIAS AMBIENTALES	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
AFECCIONES frecuentes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
¿Debe seguir algún TRATAMIENTO durante la actividad?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____

Indique si tiene necesidades **educativas especiales** (hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.), especificando cuáles son:

DATOS NUTRICIONALES (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

		ESPECIFICAR los alimentos que no puede tomar	
Celíaco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
Diabético	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
Alergias alimentarias	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
Otras dietas especiales	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____

OTROS DATOS (complete todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

		En caso de existir alguna limitación ESPECIFICAR cuál y su causa	
Puede realizar cualquier actividad física	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____
Sabe nadar correctamente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	_____	_____

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:

D/D^a. _____

AUTORIZACIÓN

El/los abajo firmante/s:

D. _____ como padre o tutor, con DNI _____ y/o D^a _____ como madre o tutora, con DNI _____, autorizan a los responsables de "Veraneando en Alpedrete" a adoptar las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias según su buen criterio, en caso de extrema gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente y según las informaciones dadas en la ficha médica.

Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias contenidas en esta ficha son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

Nº de hojas adicionales: _____

Y para que así conste en Alpedrete, a _____ de _____ de 20__

Padre / madre /tutor/a

Padre / madre /tutor/a

Fdo: _____

Fdo: _____

Los datos personales recogidos en este documento serán incorporados y tratados en el fichero *Fichas Médicas* (cuya finalidad es la Atención a los menores participantes en las actividades de la Mancomunidad de Servicios Sociales Municipales THAM durante los días no lectivos) y no serán cedidos excepto en casos previstos en la ley. El órgano responsable del fichero es la *Presidencia*, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Avd. de la Dehesa nº 63, 28250 *Torrelodones*, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.