

FICHA MÉDICA

Es importante que rellenes este formulario prestándole la máxima atención. Explicita todo cuanto puedas. Asimismo, te recordamos que su carácter es estrictamente **confidencial**. Rellenar con **LETRA CLARA** y **MAYÚSCULAS. NO DOBLAR**. Gracias por tu colaboración.

El/la PARTICIPANTE

Nombre		Apellidos	
Edad en el campamento	Fecha de nacimiento	Nº Seguridad Social	

DATOS de CONTACTO durante el CAMPAMENTO

Nombre de la madre o tutora legal		
TLF. casa	TLF. móvil	TLF. trabajo
Nombre del padre o tutor legal		
TLF. casa	TLF. móvil	TLF. trabajo
Mails		

DATOS FACULTATIVOS del PARTICIPANTE

- Trastornos frecuentes:** Resfriados Anginas Faringitis Digestiones pesadas/lentas Estreñimiento
 Hemorragia nasal Eneuresis nocturna Sonambulismo Ninguno

Otros (adjunta informe si lo crees conveniente)

- Enfermedades padecidas:** Sarampión Varicela Rubéola Meningitis Hepatitis (tipo _____) Ninguna

- Enfermedades urinarias (especificar)
 Enfermedades digestivas (especificar)
 Enfermedades respiratorias (especificar)
 Enfermedades cardiacas (especificar)

Otras (adjunta informe si lo crees conveniente)

- Enfermedades crónicas:** Diabetes Migraña Asma Epilepsia Hipertensión Ninguna

Otras (adjunta informe si lo crees conveniente)

- Alergias:** SÍ NO

Especificar (adjunta informe si lo crees conveniente)

- Alérgico a medicamentos:** SÍ NO

Especificar (adjunta informe si lo crees conveniente)

- Tratamiento durante la estancia:** SÍ NO (adjunta informe si lo crees conveniente)

Medicamento

--

Dosis/posología. Horario de administración

--

DATOS NUTRICIONALES del PARTICIPANTE

Celiaco: SÍ NO

Alimentos que no puede tomar (adjunta informe si lo crees conveniente)

Alérgico a alimentos: SÍ NO

Especificar cuáles (adjunta informe si lo crees conveniente)

Otros datos alimentarios que desees indicar: régimen específico, etc.

Especificar (adjunta informe si lo crees conveniente)

OTROS ASPECTOS

Sabe nadar: Sí No Regular

Se marea en el autocar: SÍ NO Ocasionalmente

Puede realizar cualquier actividad con normalidad: SÍ NO

Especificar cuál no y su causa (adjunta informe si lo crees conveniente)

Indica todo aquello que consideres debamos conocer: aspectos de relación, de conducta, afectivos, etc.

Llevar esta documentación:

- **TARJETA SANITARIA (obligatorio): el Monitor la recoge en el alojamiento, a la llegada del grupo el primer día**
- **INFORME MÉDICO** en caso de: enfermedad tratada, alergias, intolerancia alimentaria, régimen de comida, etc. (**obligatorio**)

AUTORIZO a los responsables del campamento la administración de analgésicos para niños (paracetamol o ibuprofeno, solamente) en casos de fiebre, dolor de cabeza u otras dolencias leves. Marca lo que proceda: SÍ No

Con mi firma declaro que todos los datos aportados en la presente **ficha médica son verdad**, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo y/o para el resto de los participantes. Asimismo, eximo a Colectivo Tándem de toda responsabilidad derivada de la omisión, deliberada o no, por mi parte de los datos que aparecen en esta ficha médica.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente ficha médica en _____, a _____ de _____ de 2018.

Marca con una X en las dos casillas para autorizar:

Autorizo a Colectivo Tándem para que puedan tomar fotografías y/o videos de mi hijo/a durante la actividad, con la finalidad de ver el seguimiento y de difundir la actividad a través de la web, redes sociales y demás documentación gráfica; así como información que pueda ser relevante.

Autorizo a Colectivo Tándem para utilizar mis datos con el fin de mantenerme informado por cualquier medio incluido los electrónicos, sobre las actividades donde participa mi hijo/a y otras que puedan ser de mi interés.

Firma de la madre, padre o tutor legal durante el campamento:

Nombre completo del-a firmante _____

DNI _____

"Los datos personales de este formulario van a formar parte de un tratamiento titularidad de COLECTIVO TÁNDEM y van a ser tratados para la finalidad de GESTIÓN DE CLIENTES, PARTICIPANTES Y FAMILIAS. COBROS, FACTURACIÓN, MANTENIMIENTO, SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES, PUBLICIDAD Y PROSPECCIÓN COMERCIAL. El participante o su representante legal que haya facilitado datos de salud o ficha médica autoriza su tratamiento para la previsión de circunstancias adecuadas a su salud. Autoriza la cesión de determinados datos a los monitores, al Centro Educativo, el AMPA y a la compañía de seguros en caso necesario para fines de gestión. También autoriza la cesión de sus datos a diversas entidades cuya identidad conocerá en todo caso una vez producida la necesidad, para la gestión y reservas de actividades culturales y/o turísticas. Del mismo modo autoriza a que una persona del Centro Educativo o del AMPA pueda recoger sus datos y facilitárnoslos para poder tramitar la actividad. El criterio establecido para la conservación de sus datos es el plazo de prescripción de acciones. La legitimación del tratamiento nace del contrato o inscripción celebrado o autorización otorgada, en su caso. Tiene a su disposición el ejercicio de los derechos de acceso incluido el derecho a obtener copia de los datos personales objeto de tratamiento, rectificación, oposición, supresión o borrado en su caso y limitación del tratamiento, mediante un escrito ante el responsable del tratamiento a la siguiente dirección: Avda. de Córdoba 15, 2º C, 20826 Madrid".