
		<b>FICHA SANITARIA</b> <b>MENORES DE EDAD NO EMANCIPADO/AS</b>			
<b>DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE</b>					
APELLIDOS			NOMBRE		DNI
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO/A <b>CAMPAMENTO EL CAÑO 2025</b>			
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA		TLF. DE CONTACTO 1	TLF. DE CONTACTO 2
<b>FICHA SANITARIA</b>					
GRUPO SANGUÍNEO		RH	SEGURO AL QUE PERTENECE		NÚMERO DEL SEGURO / SIP
ENFERMEDADES PASADAS		<input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> SARAMPiÓN	<input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> VARICELA	<input type="checkbox"/> NEUMONÍA <input type="checkbox"/> RUBEOLA
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS		<input type="checkbox"/> CORAZÓN <input type="checkbox"/> COLUMNA	<input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES <input type="checkbox"/> APÉNDICE	<input type="checkbox"/> OTRAS: AÑO DE LA/S INTERVENCIÓN/ES:	
ENFERMEDADES QUE PADECE		<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA	<input type="checkbox"/> DIABETES. ADJUNTAR PAUTA DE INSULINA, SI PRECISA <input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ? <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ESPECIFICA CUÁL:	
<input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSÍQUICAS ¿CUÁL/ES?		<input type="checkbox"/> OTRAS			
¿ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, SI LA PADECE, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS) <b>RECORDATORIO: ES OBLIGATORIO APORTAR LA RECETA MÉDICA JUNTO CON LA PAUTA</b>			
¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL? ¿QUÉ USA COMO SUSTITUTIVO?			
OTRAS ALERGIAS:	<input type="checkbox"/> ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL?		<input type="checkbox"/> PICADURA DE INSECTO ¿CUÁL?		
	<input type="checkbox"/> ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL?		<input type="checkbox"/> OTRAS: ¿CUÁL?		
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL? <input type="checkbox"/> SIN LACTOSA <input type="checkbox"/> SIN GLUTEN <input type="checkbox"/> VEGETARIANA <input type="checkbox"/> VEGANA <input type="checkbox"/> SIN CERDO <input type="checkbox"/> OTRA ¿CUÁL?			
¿SABE NADAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALENDARIO DE VACUNAS ACTUALIZADO (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNÉ DE VACUNACIÓN) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
OTROS DATOS DE INTERÉS (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACIÓN HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...)					
<b>CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA</b>					
ES FUMADOR/A:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
OTRAS SUSTANCIAS:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR: _____			
Continúa al dorso de la hoja					

## RECORDATORIO

Junto a esta hoja será necesario adjuntar **copias de la cartilla de vacunación actualizada** y la **tarjeta sanitaria y/o seguro médico** de la persona participante.

Será necesario entregar la tarjeta original antes de empezar el campamento.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

☐ **Acepto** el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.

☐ **No acepto** el tratamiento de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente con fines informativos o para recibir comunicaciones.

Usted consiente expresamente conforme a la LOPDGDD y al RGPD de la Unión Europea, la cesión de sus datos personales y los de la persona que representa legalmente, en su caso, a FEV, al Movimiento Scout Católico, y a las Asociaciones Scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad, y a UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros y a Asesoramiento Médico siglo XXI, con finalidades de aseguramiento de nuestras personas asociadas, directamente relacionadas con nuestra actividad.

☐ **Acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros

☐ **No acepto** la cesión de mis datos y en su caso los de la persona que represento legalmente a las Entidades Scouts y a la Agencia de Seguros

Le comunicamos que la negativa al tratamiento de sus datos y los de la persona que represento legalmente en su caso implicará la imposibilidad de acceder a las actividades y/o servicios ofertados por la entidad FEV.

☐ **Declaro** que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

☐ **Declaro** que, en caso de máxima urgencia, la persona responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si NO ha sido posible mi localización.

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

DNI/NIE:

DNI/NIE:

Fecha:

Firma:

Fecha:

Firmar:

### EN CASO DE CUSTODIA CONJUNTA, DEBEN FIRMAR LA AUTORIZACIÓN LAS DOS PARTES FAMILIARES DEL/LA MENOR

En cumplimiento de la obligación de informar en la recogida de datos conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPDGDD 3/2018), en base al artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), le informamos de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal titularidad de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, creado para la finalidad de gestionar las actividades y los servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para enviarles comunicaciones sobre actividades, servicios o información de interés para usted de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que **usted consiente expresamente**. En cualquier momento podrá ejercitar los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD), en consecuencia tiene derecho a solicitar a la persona responsable del tratamiento el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos y el derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en un tratamiento automatizado de datos, incluida la elaboración de perfiles, mediante un escrito, acreditando su identidad, dirigido a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, Plaza de Las Escuelas Pías, nº 3, bajo, izquierda, C.P. 46001, Valencia (Valencia), o mediante vía electrónica, acreditando su personalidad, en la dirección [fev@scoutsfv.org](mailto:fev@scoutsfv.org). La legitimación del tratamiento que legitima o legaliza el tratamiento de sus datos personales es la solicitud por escrito de incorporación al grupo scout correspondiente mediante la cumplimentación y la firma de la hoja de inscripción en el grupo scout (ejecución de un pacto o de un acuerdo por escrito) y en su caso el consentimiento libremente prestado por el interesado o afectado. Respecto al plazo temporal de conservación de sus datos personales, le informamos que éstos serán conservados mientras sean necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido registrados. Por lo tanto, se procederá a su cancelación cuando éstos hayan dejado de ser necesarios para cumplir con las finalidades legítimas descritas anteriormente. Conforme a lo estipulado por el artículo 13.2. c) del RGPD le comunicamos la existencia del derecho a retirar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. Asimismo, también le informamos de su derecho a presentar en su caso una reclamación ante la autoridad de control nacional (AEPD).