

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FICHA SANITARIA<br>MENORES DE EDAD NO EMANCIPADAS                                                                                                                                                         |                                                   |  |                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           | NOMBRE                                            |                                                                                    | DNI                     |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | EDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO                                                                                                                                                                            |                                                   |                                                                                    |                         |
| 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"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> NEUMONÍA <input type="checkbox"/> RUBEOLA<br><input type="checkbox"/> SARAMPiÓN <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> VARICELA                                                                                             |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> CORAZÓN <input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES <input type="checkbox"/> OTRAS:<br><input type="checkbox"/> COLUMNA <input type="checkbox"/> APÉNDICE    AÑO DE LA INTERVENCIÓN:                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| ENFERMEDADES QUE PADECE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> DIABETES    DOSIS INSULINA:<br><input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA <input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ?<br><input type="checkbox"/> ANEMIA<br><input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSIQUICAS ¿CUÁLES?<br><input type="checkbox"/> OTRAS: |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| ¿ESTA RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS)                                                                                                                                            |                                                   |                                                                                    |                         |
| ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO?                                                                                                                                                                         |                                                   |                                                                                    |                         |
| OTRAS ALERGIAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> PICADURA DE INSECTO<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ALGÚN ARBUSTO/POLEN<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ALGÚN ALIMENTO<br>¿CUÁL? | <input type="checkbox"/> OTRAS:<br>¿CUÁL?                                          |                         |
| ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ¿CUÁL?                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                                                                                    |                         |
| ¿SABE NADAR?<br><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 CARNET DE VACUNAS)<br><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 MUJER</b><br>TOMA ALGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>¿CUÁL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA</b><br>ES FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                                                   |                                                                                    |                         |
| OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ESPECIFICAR: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    ESPECIFICAR _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| <b>DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |
| <p align="center"><u>Continúa en el dorso de la hoja</u></p> <p><i>Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante.</i></p> <p><i>Si la actividad es fuera de los locales del grupo, será necesario entregar la tarjeta original.</i></p> <p><i>Se recomienda renovar esta ficha anualmente de cara a los campamentos de verano o cuando haya un cambio en la información de la misma.</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                                    |                         |

## 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 DE 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@scoutsfev.org](mailto:fev@scoutsfev.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).