

## Anexo II

### DECLARACIÓN RESPONSABLE MÉDICO-SANITARIA QUE AUTORICE LA PARTICIPACIÓN EN DICHO PROGRAMA

La ficha médica debe ser rellenada por los padres/tutores del participante con todos los datos cumplimentados, verídicos y en MAYÚSCULA. Esta información es vital para el tratamiento médico de su hijo/a en caso de necesidad. ES IMPRESCINDIBLE JUSTIFICAR CUALQUIER INTOLERANCIA, ALERGIA O DOLENCIA IMPORTANTE CON JUSTIFICANTE MÉDICO (copia grapada a esta ficha). Y recuerde FIRMAR el documento. Muchas gracias por su colaboración. ES IMPRESCINDIBLE QUE EL ALUMNO/A ACUDA AL CAMPAMENTO CON SU TARJETA SANITARIA o copia de la misma.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### En caso de emergencia, avisar a:

Nombre de la persona de contacto	Parentesco	Teléfono de contacto
----------------------------------	------------	----------------------

1 _____	_____	_____
---------	-------	-------

2 _____	_____	_____
---------	-------	-------

#### DATOS MÉDICOS GENERALES:

##### Dieta:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

Mi hijo/a tiene una dieta normal

Mi hijo/a mantiene una dieta vegetariana (no come carne)

Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias: \_\_\_\_\_

##### Alergias:

Mi hijo/a no tiene alergias conocidas

Mi hijo/a es alérgico a la siguiente comida: \_\_\_\_\_

##### Intolerancias:

Mi hijo/a no tiene intolerancias conocidas

Mi hijo/a tiene intolerancia a: \_\_\_\_\_

##### Medicamentos:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a

Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a medicamentos

Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

##### Sustancias:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a ningún tipo de sustancias

Mi hijo/a es alérgico/a a las siguientes sustancias: \_\_\_\_\_

##### Enfermedades:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

Mi hijo/a no padece ninguna enfermedad crónica y puede participar en todas las actividades

Mi hijo/a padece (SUBRAYE el que proceda):

Asma, Migraña, Problemas cardiacos, Incontinencia urinaria nocturna

Infecciones de oído frecuentes, Problemas digestivos, Sonambulismo, Diabetes

Otras \_\_\_\_\_

##### Vacunación:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a

Mi hijo está correctamente vacunado

## AUTORIZACIÓN MÉDICA

D./Dña \_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_, y madre/padre/tutor del alumno/a \_\_\_\_\_, autorizo

a la empresa adjudicataria de las estancias formativas para que proporcione asistencia médica, traslado a centro sanitario y su posterior tratamiento en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma de la madre/padre o tutor:

Fecha de la firma:

(\*) Este documento no tendrá validez si no está firmado por la madre, el padre o el tutor legal del niño/a que asiste al campamento.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, se le informa que sus datos personales son tratados por la Consejería de Educación y Formación Profesional, con la finalidad de tramitar su solicitud. La persona titular podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, a través del Registro General de esta Consejería, con domicilio en Avda. de la Fama, 15, 30006, Murcia, o de cualquiera de los procedimientos o medios que al respecto se establece en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.