Anexo IV

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. Y RECUERDE MANDAR A SU HIJO/A CON SU TARJETA SANITARIA.

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: _____

Substancias:
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 a la empresa adjudicataria de las estancias formativas en campamentos STEM 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, Formación Profesional y Empleo, 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.