



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



**Región de Murcia**

Consejería de Educación,  
Formación Profesional y Empleo



Cofinanciado por  
la Unión Europea

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 de inmersión lingüística 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.