

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 MAYÚSCULAS. Esta información es vital para el tratamiento médico de su hijo/a en caso de necesidad. **ES IMPRESCINDIBLE JUSTIFICAR CUALQUIER INTOLERANCIA, ALERGIA, ENFERMEDAD 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 cardíacos, 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/a 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.