



AYUNTAMIENTO DE SANTA MARTA DE TORMES

CONCEJALIA DE FAMILIA

FICHA MÉDICA

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:
Seguro médico

ANTECEDENTES

Enfermedades específicas padecidas o Intervenciones quirúrgicas a destacar'

¿Padece alguna enfermedad actualmente?:

¿Alergia a medicamentos?: ¿A cuáles?:

Alergia alimenticias?: ¿A qué alimentos?:

Algún otro tipo de alergia a destacar?

¿Sigue algún régimen de comida?

¿Tiene puesta la vacuna antitetánica?: ¿Ataques epilépticos?:

.....
¿Se orina involuntariamente?: ¿Cuándo?:

.....
¿Necesita alguna medicación o alimentación especial?:

¿Tienes algún miedo hacia algo en especial?

¿Necesita algún apoyo extra en alguna actividad?

Indíquenos circunstancias médicas a tener en cuenta:

.....
.....
.....

NOTA IMPORTANTE

Para la Participación en las actividades ES IMPRESCINDIBLE llevar esta ficha Médica cumplimentada.

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que mis datos facilitados en cualquier formato (verbal, escrito o telemático), sean incorporados a los ficheros cuyo responsable es el Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes con la finalidad de poder gestionar mi relación con la misma. Asimismo, consiento el envío de comunicaciones incluidas las comerciales, aun por medios electrónicos. .Quedo informado que mis datos serán cedidos, a la empresas coorganizadoras del campamento y de las empresas que organice actividades puntuales que lo requieran , y a la compañía aseguradora con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante un posible accidente .Autorizo al ayuntamiento de Santa Marta de Tormes, y a las empresas coorganizadoras a usar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir reproducciones fotográficas, grabaciones en video o audio en las que participa mi hijo/a para uso únicamente divulgativo y escolar, respetando en todo momento el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los participantes. El interesado o representante legal (en su caso), manifiesta bajo su responsabilidad que no tiene impedimento físico o medico para desarrollar con normalidad la actividad en la que se inscribe .Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de mis datos en la dirección postal Plaza de España S/N. Ayuntamiento de Santa Marta de Tormes