

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a a asistir a las actividades abajo firmadas del centro Juniors Flor de Neu, así como a que se puedan tomar las decisiones oportunas en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización. Soy consciente de que los transportes al médico o traslados eventuales pueden ser efectuados en coche de alquiler o particulares.

APELLIDOS:.....

NOMBRE:..... EDAD:.....

D.N.I

NACIDO EN:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....

NOMBRE DEL PADRE (o tutor):.....

NOMBRE DE LA MADRE:.....

LUGAR DE ESTUDIOS: CURSO:.....

SI TIENE HERMANOS EN EL CAMPAMENTO:

NOMBRE:.....SECTOR:.....

NOMBRE:.....SECTOR:.....

NOMBRE:.....SECTOR:.....

DOMICILIO

CALLE:..... Nº:.....

MÓVIL.....TELÉFONO..... E-MAIL:.....

DIRECCIÓN PADRES DURANTE CAMPAMENTO:

MÓVIL: TELÉFONO:.....

** Firme en las actividades en las que participe su hijo/a*

| | |
|---|--|
| <p>1r Campamento (del 12 al 25 de julio en Frías de Albarracín, Teruel)</p> | <p>2º Campamento o CUPRODER (del 1 al 14 de agosto en Quesa)</p> |
| <p>Montaje de Campamento (del 7 al 12 de julio en Frías de Albarracín, Teruel)</p> | <p>Micatrade (del 25 al 27 de julio en Frías de Albarracín, Teruel)</p> |

En Alcoy, a..... de..... 2017

En cumplimiento de lo dispuesto en la **Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal**, los datos personales recogidos o que ya están en los archivos parroquiales o del centro, serán tratados de forma secreta y confidencial y su recogida tiene como finalidad la gestión y prestación de los servicios ofrecidos por este centro. El usuario acepta que los datos personales por él facilitados podrán ser objeto de tratamiento en ficheros automatizados La aceptación del usuario para que puedan ser tratados o cedidos sus datos, tiene siempre carácter revocable sin efectos retroactivos. La cesión de estos datos a terceros no se realizará sin el previo consentimiento de los Usuarios. Asimismo, y conforme a la mencionada ley, sobre los datos personales los usuarios podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, y en su caso oposición, para lo cual deberán enviar una carta o un correo electrónico a nuestra dirección arriba mencionada.

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO:..... RH:

¿Pertenece a algún seguro médico? ¿A cuál?.....

(Adjuntar fotocopia de la cartilla sanitaria de la Seguridad Social. No sirve la tarjeta individual)

(Adjuntar volantes de otros seguros)

Nº del seguro:.....

¿Padeces actualmente alguna enfermedad?.....

Medicación que tomas:

¿Tienes alguna enfermedad crónica?.....

Medicación que tomas:

¿Sufres problemas de huesos, corazón, etc.?.....

Tratamiento:

¿Eres propenso a alguna enfermedad?

(Catarrros, estreñimiento, diarrea, jaquecas, fiebres, etc.)

Medicación que tomas:

¿Has sufrido alguna enfermedad importante?

(Operaciones recientes, hernias, crisis nerviosas, etc.)

¿Sigues alguna dieta o régimen especial? SI..... NO.....

(En caso afirmativo adjuntar copia del mismo)

Tienes alguna intolerancia (lactosa, gluten...).....

Alergias a medicamentos:

Sustituto:

Otras alergias (polen, polvo...).....

VACUNACIONES: ¿Tienes todas las vacunaciones al día?

¿Padeces enuresis nocturna? (mojas las sábanas) SI.... NO....

¿Insomnio? SI.... NO....

¿Pesadillas? SI.... NO....

¿Vértigo? SI....NO....

NOTA: COMENTA CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO CON EL EDUCADOR ANTES DE IR A CAMPAMENTO Y ANÓTALO EN UNA HOJA POR FAVOR. ADJUNTA UNA FOTOCOPIA COMPLEMENTARIA DE LA CARTILLA Y LA TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL O DEL SEGURO A QUE PERTENEZCAS. SI PERTENECES A UN SEGURO PARTICULAR ADJUNTA TAMBIÉN LOS PAPELES CORRESPONDIENTES PARA PODER ADQUIRIR RECETAS.