FITXA SANITÀRIA - FICHA SANITARIA
NAVALÓN 2023

A DADES DEL PARTICIPANT/DATOS DEL PARTICIPANTE

COGNOMS/APELLIDOS	NOM/NOMBRE	D.N.I.

DATA NAIXEMENT/FECHA NACIMIENTO	EDAT/EDAD	NOM DE LA MARE/ TUTORA – NOMBRE DE LA MADRE/ TUTORA

NOM DEL PARE/ TUTOR – NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR	TELÈFON/TELÉFONO	ALTRES TELÈFONS/ OTROS TELÉFONOS

B FITXA SANITÀRIA/FICHA SANITARIA

GRUP SANGUINI **GRUPO SANGUINEO**	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY/SEGURO AL QUE PERTENECE	NUM D'ASSEGURANÇA/ NUM. SEGURO

MALALTIES PASSADES/ENFERMEDADES PASADAS

☐ XARAMPIÓ / SARAMPIÓN ☐ ESCARLATINA ☐ RUBÈOLA / RUBÉOLA ☐ DIFTÈRIA / DIFETRIA ☐ TOS FERINA ☐ CARDIAQUES / CARDIACAS

☐ VARICEL-LA / VARICELA ☐ GALTERES / PAPERAS ☐ HEPATITIS ☐ ASMA ☐ HÈRNIES / HERNIAS ☐ FRACTURES ÒSSIES / FRACTURAS ÓSEAS

☐ ALTRES
OTRAS: .....

PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? SI ☐ NO ☐	QUINA?/¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SI ☐ NO ☐	QUINA?/¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? SI ☐ NO ☐	QUINA?/¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A CAP MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALERGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO? SI ☐ NO ☐	QUIN?/¿CUÀL?

ALTRES AL·LÈRGIES/OTRAS ALERGIAS

VACUNACIONS/VACUNACIONES

☐ POLIOMELITIS ☐ PIGOTA / VIRUELA ☐ TIFUS ☐ CÒLERA / CÓLERA ☐ TUBERCULOSI / TUBERCULOSIS ☐ DIFTÈRIA / DIFTERIA

☐ TÈTANUS / TÉTANOS ☐ XARAMPIÓ / SARAMPIÓN ☐ ALTRES
OTRAS: .....

SAP NADAR? ¿SABE NADAR?	INSOMNI/INSOMNIO	MALSONS/PESADILLAS	VERTIGEN/VÉRTIGO
☐ NO ☐ POC / POCO ☐ REGULAR ☐ BÉ / BIEN	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO

C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ/DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS/MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

SR/A_____ com a pare/ mare/ tutor-a de _____

DECLARE:/DECLARO:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l' activitat.

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

☐ S'adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la seguretat social o la documentació necessària de l'assegurança a la qual pertany.
Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenece.

AUTORITZE/AUTORIZO:

Perquè en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció médica, si ha estat impossible la meua localització.

Para que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Mislata, a _____ d _____ del _____

Signat/Firma: DNI: _____

«Los datos personales facilitados por usted o por terceros serán tratados por el AYUNTAMIENTO DE MISLATA con la finalidad de gestionar y mantener los contactos y relaciones que se produzcan como consecuencia de la relación que mantiene con el Ayuntamiento de Mislata. Normalmente, la base jurídica que legitima este tratamiento será su consentimiento, el interés legítimo o la necesidad para gestionar una relación contractual o similar. El plazo de conservación de sus datos vendrá determinado por la relación que mantiene con nosotras. Para más información sobre este tema o para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación o portabilidad, dirija una comunicación por escrito al Ayuntamiento de Mislata, Pl. de la Constitución, 8 (Mislata, CP 46920) o a nuestro delegado de protección de datos (dpo@mislata.es). En caso de considerar vulnerado su derecho a protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos (www.agpd.es). Asimismo, es responsabilidad suya comprobar que este mensaje o sus archivos adjuntos no contengan virus informáticos, y en caso de que tuvieran que eliminarlos.«