FITXA SANITÀRIA
MENORS D'EDAT NO EMANCIPADES

DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT

NOM:	COGNOMS:	DNI:

DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTÀ INSCRITA

NOM PARE / MARE/ TUTOR-A	NOM DE LA MARE / PARE/ TUTOR-A	TLF. CONTACTE 1	TLF. CONTACTE 2

FITXA SANITÀRIA

GRUP SANGUINI	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY	NÚMERO DE L'ASSEGURANÇA / SIP

ANTECEDENTS MÈDICS RELLEVANTS

ENFERMEDADES PASADAS
- ▫ ESCARLATINA
- ▫ HEPATITIS-TIPUS:
- ▫ MENINGITIS
- ▫ NEUMONÍA
- ▫ XARAMPIÓ
- ▫ TUBERCULOSI
- ▫ VARICEL.LA
- ▫ RUBEOLA
- ▫ ALTRES:

INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES PATIDES
- ▫ COR
- ▫ AMÍGDALES I/O VEGETACIONS
- ▫ ALTRES:
- ▫ COLUMNA
- ▫ APÉNDIX

ANY DE LA INTERVENCIÓ:

MALALTIES I TRACTAMENTS ACTUALS

MALALTIES QUE PATEIX
- ▫ ASMA
- ▫ SOMNAMBULISME
- ▫DIABETIS
- DOSIS INSULINA:
- ▫ EPILEPSIA
- ▫ INCONTINENCIA URINARIA
- ▫ FOBIES
- ¿CUALS?
- ▫ ANEMIA
- ▫ ALTERACIONS PSÍQUIQUES ¿CUÁLS?
- ▫ OTRAS:

OBSERVACIONES (AMPLIAR INFORMACIÓN NECESARIA)

¿ESTÀ REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL I/O CRÓNIC? ▫SI ▫NO	QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)

AL·LÈRGIES I/O INTOLERÀNCIES ACTUALS I ALIMENTACIÓ

ÉS AL•LÈRGIC/A A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT? ▫SI ▫NO QUIN?	QUIN? QUÈ USA COM A SUBSTITUTIU?

ALTRES AL•LÈRGIES:	▫ PICADA D'ALGUN INSECTE ¿QUIN?	▫ ALGUN ARBUST/POL•LEN QUIN?	OBSERVACIONS IMPORTANTS O MEDICACIÓ EN CAS DE CRISI (ADJUNTAR INFORME)
		▫ ALTRES: QUIN?	

¿AL•LÈRGIA O INTOLERÀNCIA A ALGÚ TIPUS D'ALIMENT? ▫SI ▫NO	QUIN? (*DETALLAR SI ÉS AL•LÈRGIA O INTOLERÀNCIA I A QUIN ALIMENT. ÉS NECESSARI APORTAR INFORME MEDIC AMB INDICACIÓ D'AQUESTS.

¿SEGUEIX ALGUNA DIETA ESPECIAL, JA SIGA PER INTOLERÀNCIA, AL•LÈRGIA, MALALTIA O VALORS ÈTICS O RÈGIM ESPECIA? ▫SI ▫NO
QUIN?:

HA PATIT XOC ANAFILÀCTIC? ▫SI ▫NO	QUINA HA SIGUT LA CAUSA? NECESSITA ADRENALINA? (EN CAS AFIRMATIU, SERÀ NECESSARI APORTAR LA MEDICACIÓ, LA DOSI I L'INFORME OPORTÚ PERQUÈ ACOMPANYE SEMPRE AL /LA MENOR)

ALTRES DADES D'INTERÈS (EXEMPLES: ANTECEDENTS FAMILIARS, MEDICACIÓ HABITUAL O EN SITUACIONS ESPECIALS COM A MAL DE CAP, TOS…)

NOTA IMPORTANT:

PER A GARANTIR LA SEGURETAT DE TOTS I TOTES ELS PARTICIPANTS, ÉS OBLIGATORI APORTAR UN INFORME MÈDIC OFICIAL ACTUALIZAT EN CAS DE PATIR QUALSEVOL TIPUS D'AL·LÈRGIA, INTOLERÀNCIA (LACTOSA, FRUCTOSA, DETERMINTS ALIMENTS, ETC…) O CONDICIÓ ALIMENTÀRIA ESPECIAL I QUE INDIQUE LA NATURALESA DE LA CONDICIÓ I LES PAUTES A SEGUIR.

EN CAS DE NO PRESENTAR AQUESTA DOCUMENTACIÓ MÈDICA, NO S'ELABORARÀ CAP MENÚ NI DINAR ESPECIAL SOTA CAP CIRCUMSTÀNCIA.

L'AGRUPAMENT S'EXIMEU DE QUALSEVOL RESPONSABILITAT DERIVADA DE L'OMISSIÓ D'AQUESTA INFORMACIÓ PER PART DE LES FAMÍLIES.

☐ **ACCEPTO QUE, SI EL MEU FILL/A REQUEREIX UN MENÚ ESPECIAL, HE D'ADJUNTAR L'INFORME MÈDIC CORRESPONENT ABANS DE L'INICI DEL CAMPAMENT.O ACTIVITAT I SÓC CONSCIENT QUE, EN CAS CONTRARI, NO SE LI PREPARARÀ MENJAR ESPECIAL.**

CONDICIONS DE SALUT I PARTICIPACIÓ.

¿SAP NADAR? ▫SI ▫NO	CALENDARI DE VACUNES ACTUALIZAT ▫SI ▫NO *(ADJUNTAR UN CERTIFICAT DE LA DATA D'ADMINISTRACIÓ DE LA VACUNA I EL CARNET DE VACUNES)*

PRESENTA ALGUNA LIMITACIÓ FÍSICA O RESTRICCIÓ MÈDICA PER A REALITZAR EXERCICI FÍSIC? ▫SI ▫NO
EN CAS AFIRMATIU INDICAR (MALALTIA, LESIÓ) I COM AFECTA. ADJUNTAR INFORME MÈDIC.

EL/LA MENOR PRESENTA ALGUNA MALALTIA, NECESSITAT ESPECÍFICA O CONDICIÓ QUE HÀGEM DE TINDRE EN COMPTE PER A GARANTIR LA SEUA PARTICIPACIÓ SEGURA I ADEQUADA EN LES ACTIVITATS?□ SÍ □ NO
EN CAS AFIRMATIU, DETALLAR:

DADES A EMPLENAR EN CAS QUE PROCEDISCA

PREN ALGUN TIPUS DE ANTICONCEPTIU? ▫SI ▫NO EN CAS AFIRMATIU, QUIN? (DOSI / HORARI / ADMINISTRACIÓ)	ES FUMADOR: ▫SI ▫NO CONSUMEIX BEGUDES ALCOHÒLIQUES: : ▫SI ▫NO

ALTRES SUBSTÀNCIES: ▫SI ▫NO

AUTORITZA AL FET QUE SI EL SEU FILL/A DEMANA CAFÈ O TE EN EL DESDEJUNI LI HO DONEM ▫SI ▫NO

EXISTEIX ALGUNA CONDICIÓ MÈDICA QUE PUGA REQUERIR ATENCIÓ ESPECIAL EN LA CONVIVÈNCIA EN GRUP (P. EX., MALALTIA CONTAGIOSA, DE TRANSMISSIÓ SEXUAL, IMMUNOLÒGICA, METABÒLICA, ETC.)?
□ SÍ □ NO
EN CASO AFIRMATU, DETALLAR:

DOCUMENTACIÓ A ENTREGAR AMB AQUESTA FITXA

Juntament a aquesta fulla serà necessari **adjuntar còpia de la cartilla de vacunació, la targeta sanitària (SIP) i/o d'assegurança mèdica de la persona participant.**
Serà necessari aportar els informes sobre intoleràncies, al·lèrgies o patologies, si fora el cas, així com de tractaments mèdics que requerisquen ser administrats.
Si l'activitat és fora dels locals de l'agrupament, caldrà entregar la targeta original.
La fitxa sanitària es renovarà anualment o quan hi haja un canvi en la informació important a nivell sanitari.

DECLARACIÓ I AUTORIZACIÓ

□ **Accepte** el tractament de les meues dades i les de la persona que represente legalment amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.
□ **No accepte** el tractament de les meues dades i les de la persona que represente legalment amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.

Vostè consent expressament conforme a la LOPDGDD i al RGPD de la Unió Europea, la cessió de les seues dades personals i les de la persona que representa legalment en el seu cas, a la **FEV**, al **Movimiento Scout Católico**, i a les **Associacions Escoltes (SdC, MEV, i/o SdA)** amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat, i a **UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros i Asesoramiento Médico Siglo XXI** amb finalitats d'assegurament de les nostres persones associades, directament relacionades amb la nostra activitat.
□ **Accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a les Entitats Escoltes i a l'Agència d'Assegurances.
□ **No accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a les Entitats Escoltes i a l'Agència d'Assegurances.

Li comuniquem que la negativa al tractament de les seues dades i les de la persona que representa legalment, en el seu cas, implicarà la impossibilitat d'accedir a les activitats i/o serveis oferts per la FEV.

□ **Declare** que totes les dades expressades en aquesta fitxa són precises, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament de l'activitat.

□ **Declare** que, en cas de màxima urgència, la persona responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixements i prescripció mèdica, si NO ha sigut possible la meua localització.

Nom i cognoms:		Nom i cognoms:	
DNI/NIE:		DNI/NIE:	
Data:	Signatura:	Data:	Signatura:

EN CAS DE CUSTÒDIA CONJUNTA, HAN DE SIGNAR L'AUTORITZACIÓ LES DUES PARTS FAMILIARS DEL / LA MENOR.

En compliment de l'obligació d'informar en la recollida de dades conforme a la Llei orgànica de Protecció de Dades Personals (LOPDGDD 3/2018), sobre la base de l'article 13 del Reglament General de Protecció de Dades de la UE (RGPD), l'informem de l'existència d'un fitxer o tractament de dades de caràcter personal titularitat de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creat per a la finalitat de gestionar les activitats i els serveis oferits. Les dades romandran arxivats per a enviar-los comunicacions sobre activitats, serveis o informació d'interés per a vosté de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, per qualsevol mitjà, inclosos els electrònics, per al que vosté consent expressament. En qualsevol moment podrà exercitar els drets establits en els articles 15 a 22 del Reglament General de Protecció de Dades de la UE (RGPD), en conseqüència té dret a sol•licitar a la persona responsable del tractament l'accés a les seues dades personals, i la seua rectificació o supressió, o la limitació del seu tractament, o a oposar-se al tractament, així com el dret a la portabilitat de les dades i el dret a no ser objecte d'una decisió basada únicament en un tractament automatitzat de dades, inclosa l'elaboració de perfils, mitjançant un escrit, acreditant la seua identitat, dirigit a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, Plaza de L'Escola Pia, núm. 3, baix, esquerra, C.P. 46001, València (València), o mitjançant via electrònica, acreditant la seua personalitat, en l'adreça fev@scoutsfev.org. La legitimació del tractament que legítima o legalitza el tractament de les seues dades personals és la sol•licitud per escrit d'incorporació al grup scout corresponent mitjançant l'emplenament i la signatura del full d'inscripció en el grup scout (execució d'un pacte o d'un acord per escrit) i si és el cas el consentiment lliurement prestat per l'interessat o afectat. Respecte al termini temporal de conservació de les seues dades personals, l'informem que aquests seran conservats mentre siguen necessaris o pertinents per a la finalitat per a la qual hagueren sigut registrats. Per tant, es procedirà a la seua cancel•lació quan aquests hagen deixat de ser necessaris per a complir amb les finalitats legítimes descrites anteriorment. Conforme a l'estipulat per l'article 13.2. c) del RGPD li comuniquem l'existència del dret a retirar el seu consentiment per al tractament de les seues dades personals, sense que això afecte la licitud del tractament basat en el consentiment previ a la seua retirada. Així mateix, també l'informem del seu dret a presentar si és el cas una reclamació davant l'autoritat de control nacional (AEPD).