



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 DEL PARE / TUTOR		NOM DE LA MARE / TUTORA	TLF. DE CONTACTE 1	TLF. DE CONTACTE 2	

FITXA SANITÀRIA: INFORMACIÓ IMPORTANT PER A UNA POSSIBLE ASSISTÈNCIA MÈDICA

GRUP SANGUINI	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY		NÚMERO DE L'ASSEGURANÇA / SIP	
MALALTIES PASSEDES <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> NEUMÒNIA <input type="checkbox"/> RUBÈOLA <input type="checkbox"/> XARAMPIÓ <input type="checkbox"/> TUBERCULOSI <input type="checkbox"/> VARICEL·LA					
INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES PATIDES		<input type="checkbox"/> COR <input type="checkbox"/> COLUMNNA	<input type="checkbox"/> AMÍGDALES I/O VEGETACIONS <input type="checkbox"/> APÈNDIX	<input type="checkbox"/> ALTRES: ANY DE LA INTERVENCIÓ:	
MALALTIES QUE PATEIX <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME <input type="checkbox"/> DIABETIS DOSIS INSULINA <input type="checkbox"/> EPILÈPSIA <input type="checkbox"/> INCONTINÈNCIA URINÀRIA <input type="checkbox"/> FOBIES A QUÈ? <input type="checkbox"/> ANÈMIA <input type="checkbox"/> ALTERACIONS PSÍQUIQUES QUINES? <input type="checkbox"/> ALTRES:					
ESTÀ REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)			
ÉS AL·LÈRGIC/A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN? QUÈ USA COM A SUBSTITUTIU?			
ALTRES AL·LÈRGIES:	<input type="checkbox"/> PICADA D'ALGUN INSECTE QUIN?	<input type="checkbox"/> ALGUN ARBUST/POL·LEN QUIN?	<input type="checkbox"/> ALGUN ALIMENT QUIN?	<input type="checkbox"/> ALTRES: QUIN?	
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN?			
SAP NADAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALENDARI DE VACUNES ACTUALITZAT (ADJUNTAR UN CERTIFICAT DE LA DATA D'ADMINISTRACIÓ DE LA VACUNA I EL CARNET DE VACUNES) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
ALTRES DADES D'INTERÈS (EXEMPLES: ANTECEDENTS FAMILIARS, MEDICACIÓ HABITUAL EN SITUACIONS ESPECIALS COM A MAL DE CAP, TOS...)					
EMPLENAR EN CAS DE DONA PREN ALGUN TIPUS DE ANTICONCEPTIU <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO QUIN?		EMPLENAR EN CAS QUE PROCEDISCA ÉS FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSUMEIX BEGUDES ALCOHÒLIQUES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

ALTRES SUBSTÀNCIES: SI NO ESPECIFICAR _____

PATEIX O HA PATIT ALGUNA MALALTIA DE TRANSMISSIÓ SEXUAL: SI NO ESPECIFICAR _____

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

Continua al dors del full

Juntament a aquesta fulla serà necessari adjuntar còpia de la cartilla de vacunació, la targeta sanitària i/o d'asseguració mèdica de la persona participant.

Si l'activitat és fora dels locals de l'agrupament, caldrà entregar la targeta original.

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

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, DEUEN SIGNAR L'AUTORITZACIÓ LES DUES PARTS DE 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 vostè 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 legitima 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).