

FICHA MÉDICA PARA LOS CAMPAMENTOS URBANOS

Los datos recogidos serán incorporados y tratados en el fichero PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, cuya finalidad es la gestión y seguimiento de datos de carácter personal o colectivo relacionados con los trámites administrativos realizados en el Ayuntamiento de Parla, responsable último del fichero. La persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el momento que estime oportuno, en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Modelo revisado el 01 de diciembre de 2016

Página: 1 de 1

NÚMERO DE ORDEN:

1.- DATOS DEL/DE LA ALUMNO/A PARTICIPANTE:					
Apellidos y nombre:	<input type="text"/>		Edad:	<input type="text"/>	
Centro de Salud al que pertenece:	<input type="text"/>				
Teléfono Fijo:	<input type="text"/>	Teléfono Móvil:	<input type="text"/>	Otro Teléfono de Contacto:	<input type="text"/>

2.- ALERGIAS:	
¿Presenta alergias a algún alimento?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?: (Adjuntar Informe Médico)	<input type="text"/>
¿Presenta alergias a algún medicamento?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?: (Adjuntar Informe Médico)	<input type="text"/>
Algún otro dato a tener en cuenta sobre alergias:	<input type="text"/>

3.- OTROS DATOS:	
¿Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Se le está suministrando actualmente alguna medicación?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?:	<input type="text"/>
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Presenta alguna discapacidad?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿De cuál/es se trata?:	<input type="text"/>
En este último caso, debe ponerse en conocimiento del equipo de monitores para facilitar al/la alumno/a la estancia en el campamento.	

4.- DATOS DEL PADRE, DE LA MADRE O TUTOR/A DEL/DE LA ALUMNO/A QUE FIRMA ESTA FICHA MÉDICA:	
Apellidos y nombre:	<input type="text"/>
DNI-NIE:	<input type="text"/>
En Parla, a _____ de _____ de 20__	Firma del Padre, de la Madre o Tutor/a del/de la Alumno/a: <input type="text"/>