FICHA SANITARIA ASOCIADO/A

DATOS DEL ASOCIADO/A

NOMBRE:		APELLIDOS:			
FECHA DE NACIMIENTO:		DNI			
TELEFONO:		EMAIL:			

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES (en caso de menores de edad)

NOMBRE:		APELLIDOS:			
TEL:		EMAIL:		DNI:	
NOMBRE:		APELLIDOS:			
TEL:		EMAIL:		DNI:	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUINEO:		SEGURO:	SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO:	

ENFERMEDADES PASADAS SARAMPIÓN HEPATITIS ASMA CARDIACAS OTRAS:	
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? SI NO	¿CUÁL?
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? SI NO	¿CUÁL?
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL? SI NO	¿CUÁL?
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? SI NO	¿CUÁL?
HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE	OTRAS ALERGIAS
OTROS DATOS DE INTERÉS	

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

MAYORES DE EDAD

DECLARO:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.
AUTORIZO:
Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.
Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero**, propiedad del Grupo scouts San Estanislao de Kostka, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar** y controlar las peculiaridades médicas que el asociado presenta, para lo que usted consiente expresamente.
En cualquier momento, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, comunicando y acreditando su personalidad dirigido **al Grupo San Estanislao de Kostka, C/ Juan Sebastián el Elcano 137, de Málaga**.
Usted consiente expresamente en la cesión de sus datos personales a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.
Declaro ser mayor de edad

Málaga, a 20 de septiembre de 2021

Firma del asociado/a

MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

Los padres o tutores,
DECLARAMOS:
Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.
AUTORIZO:
Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.Le informamos de que sus datos **personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad del Grupo scouts San Estanislao de Kostka, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades** médicas que el asociado presenta, para lo que usted consiente expresamente.
En cualquier momento, puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, comunicando y acreditando su personalidad dirigido **al Grupo San Estanislao de Kostka, C/ Juan Sebastián el Elcano 137, de Málaga**.
Usted consiente expresamente en la cesión de sus datos personales a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

Málaga, a

Firma Firma
Firma de los padres o tutores

(Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona asociada).