

**FICHA MÉDICA.  
"VERANEANDO EN  
HOYO DE MANZANARES"**

**NOMBRE Y APELLIDOS del/la participante(\*):** \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-SANITARIOS(\*)** (complete todas las casillas, aunque la respuesta sea negativa. Puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio):

**ALERGIAS, TRATAMIENTOS Y AFECCIONES FRECUENTES.** En su caso, especificar de qué tipo.

ALERGIAS a MEDICAMENTOS  NO  SÍ \_\_\_\_\_

ALERGIAS AMBIENTALES  NO  SÍ \_\_\_\_\_

AFECCIONES frecuentes  NO  SÍ \_\_\_\_\_

¿Debe seguir algún TRATAMIENTO durante la actividad?  NO  SÍ \_\_\_\_\_

¿Aporta informe médico?  NO  SÍ \_\_\_\_\_

**NECESIDADES NUTRICIONALES.** En su caso, especificar qué alimentos no puede tomar.

CELIACO/A  NO  SÍ \_\_\_\_\_

DIABÉTICO/A  NO  SÍ \_\_\_\_\_

ALERGIAS ALIMENTARIAS  NO  SÍ \_\_\_\_\_

OTRAS DIETAS ESPECIALES  NO  SÍ \_\_\_\_\_

**NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES** (hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.)

NO

SÍ. En este caso, especifique cuál o cuáles:

**LIMITACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA**

NO (puede realizar cualquier actividad)

SÍ. En este caso, indique qué limitación tiene y su causa:

**SABE NADAR CORRECTAMENTE**

NO. En su caso, especifique el nivel o material auxiliar necesario:

SÍ.

**OTROS DATOS DE INTERÉS** que desee constatar (puede añadir hojas adicionales si necesita más espacio).

**CONTACTO EN CASO DE URGENCIA:**

Durante el desarrollo de las actividades, en el caso de no contactar con el padre, madre o tutor/a, avisar a (indicar teléfono):

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES<sup>(\*)</sup>:**

AUTORIZO al tratamiento de los datos aportados según la información facilitada al final de este documento, necesarios para la prestación del servicio. Asimismo, certifican que las condiciones físico-sanitarias contenidas en esta ficha son aptas para el desarrollo de la actividad mencionada.

AUTORIZO a los responsables de "Veraneando en Hoyo de Manzanares" a adoptar, en caso de extrema gravedad, las decisiones médico-quirúrgicas que sean necesarias según su buen criterio bajo la dirección facultativa pertinente y según las informaciones dadas en la ficha médica.

**Nº de hojas adicionales:** \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes certifican que las condiciones físico/sanitarias del/la menor son aptas para su participación en la actividad y acreditan la veracidad de la información aportada.

Fecha<sup>(\*)</sup>: \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor/a

Fecha<sup>(\*)</sup>: \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor/a

Fdo.<sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_

Fdo.<sup>(\*)</sup> \_\_\_\_\_

<sup>(\*)</sup> Datos de cumplimentación obligatoria.

Los datos personales recogidos en este documento serán tratados con la finalidad de gestionar los datos socio-sanitarios necesarios para la participación del/la menor en el programa "Veraneando en Hoyo de Manzanares", y no serán cedidos a terceros, salvo obligación. Este tratamiento se realiza en base a su consentimiento. El responsable del tratamiento es la Mancomunidad de Servicios Sociales THAM, con cuyo Delegado de Protección de Datos puede contactar a través de la siguiente dirección de correo electrónico: [dpd@mancomunidad-tham.org](mailto:dpd@mancomunidad-tham.org). Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como el resto de derechos incluidos en la información adicional, que puede consultar en [www.mancomunidad-tham.es](http://www.mancomunidad-tham.es), o solicitar en su centro de servicios sociales o al coordinador/a de la actividad.