



FITXA SANITÀRIA PERSONES MENORS D'EDAT NO EMANCIPADES



DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT

COGNOMS		NOM	DNI
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTA INSCRITA	
NOM DEL PARE / TUTOR		NOM DE LA MARE / TUTORA	TLF. DE CONTACTE 1 TLF. DE CONTACTE 2

FITXA SANITÀRIA

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

MALALTIES PASSADES ESCARLATINA HEPATITIS MENINGITIS PNEUMÒNIA RUBÈOLA
 XARAMPIÓ TUBERCULOSI VARICEL·LA

INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES PATIDES	<input type="checkbox"/> COR <input type="checkbox"/> COLUMNA	<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"/> EPILÈPSIA <input type="checkbox"/> ANÈMIA <input type="checkbox"/> ALTERACIONS PSÍQUIQUES QUINES? <input type="checkbox"/> ALTRES:	<input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME <input type="checkbox"/> INCONTINÈNCIA URINÀRIA	<input type="checkbox"/> DIABETIS DOSIS INSULINA <input type="checkbox"/> FÒBIES A QUÈ?
----------------------	---	---	--

ESTÀ REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)
---	--

ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT? <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	QUIN?
---	-------

SAP NADAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CARTILLA DE VACUNACIÓ ACTUALITZADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	(ADJUNTAR UN CERTIFICAT DE LA DATA D'ADMINISTRACIÓ DE LA VACUNA I EL CARNET DE VACUNES)
---	---	---

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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO QUIN?	EMPLENAR EN CAS QUE PROCEDISCA ÉS FUMADOR: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CONSUMEIX BEGUDES ALCOHÒLIQUES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	--

ESTÀ EMBARASSADA O HO SOSPITA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ALTRES SUBSTÀNCIES: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____
	PATEIX O HA PATIT ALGUNA MALALTIA DE TRANSMISSIÓ SEXUAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____

ALÇADA: _____ **PES:** _____

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'assegurança mèdica de la persona participant. Si l'activitat és fora dels locals de l'agrupament, caldrà entregar la targeta original. Es recomana renovar aquesta fitxa anualment de cara als campaments d'estiu o quan hi haja un canvi en la informació de la mateixa.

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

En compliment de l'obligació d'informar en la recollida de dades conforme a la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), en base a 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, entre altres, de gestionar i controlar les peculiaritats mèdiques que la persona associada declara en el present document. *Les seues dades personals i les del seu representat legalment en el seu cas, seran incorporats al fitxer de persones associades titularitat de FEV.* Les dades romandran arxivades per a enviar-los comunicacions sobre activitats, serveis o informació d'interès per a vostè de **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, per qualsevol mitjà, incloent els electrònics, pel qual **vostè consent expressament**. En qualsevol moment podrà exercir els drets establerts 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, mitjançant un escrit, acreditant la seua personalitat, dirigit a **FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ**, carrer Balmes, nº17, C.P. 46001, València (València), o mitjançant via electrònica, acreditant la seua personalitat, en la direcció fev@scoutsfev.org.

Així mateix l'informem que conforme l'estipulat pel RGPD al seu article 13.1.d), l'interès legítim perseguit pel responsable del tractament que legitima o legalitza el tractament de les seues dades personals és la sol·licitud per escrit d'incorporació a l'agrupament escolta corresponent mitjançant l'emplenament i la firma de la fulla o **Fitxa Sanitària de la FEV** (execució d'un pacte o un acord per escrit), sempre i quan sobre dits interessos no prevalguen els interessos o drets i llibertats fonamentals de la persona interessada o afectada.

Respecte al termini temporal de conservació de les seues dades personals, l'informem que aquestes seran conservades mentre siguin necessàries o pertinents per a la finalitat per a la qual han sigut recaptats o enregistrats. Per tant, es procediran a la seua cancel·lació quan aquestes hagen deixat de ser necessàries per a acomplir 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 afecte a la licitud del tractament basat en el consentiment previ a la seua retirada.

Així mateix, també l'informem del seu dret a presentar en el seu cas una reclamació davant l'autoritat de control nacional (Agència Espanyola de Protecció de Dades - AEPD).

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

Vostè consent expressament conforme a la LOPD, al RLOPD 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 **FEV**, al **Moviment Scout Catòlic**, i a les **associacions escoltes** amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat, i a **UMAS, Mutua de Seguros y Reseguros**, amb finalitats d'assegurament de les nostres persones associades, directament relacionades amb la nostra activitat.

- Accepte** la cessió de les meues dades i, en el seu cas, les de la persona que represente legalment a les entitats escoltes.
- No accepte** la cessió de les meues dades i, en el seu cas, les de la persona que represente legalment a les entitats escoltes.
- Accepte** la cessió de les meues dades i, en el seu cas, les de la persona que represente legalment a l'agència d'assegurances.
- No accepte** la cessió de les meues dades i, en el seu cas, les de la persona que represente legalment 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 certes, 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 ha sigut impossible 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 DE LA MENOR)

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

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

Es recomana renovar aquesta fitxa anualment de cara als campaments d'estiu o quan hi haja un canvi en la informació de la mateixa.