



Anexo I

Declaración responsable médico-sanitaria que autorice la participación en dicho programa.

La ficha médica debe ser rellenada por los padres/tutores del participante con todos los datos cumplimentados, verídicos y en MAYÚSCULA. Esta información es vital para el tratamiento médico de su hijo/a en caso de necesidad. ES IMPRESCINDIBLE JUSTIFICAR CUALQUIER INTOLERANCIA, ALERGIA O DOLENCIA IMPORTANTE CON JUSTIFICANTE MÉDICO (copia grapada a esta ficha). Y recuerde FIRMAR el documento. Muchas gracias por su colaboración. Y RECUERDE MANDAR A SU HIJO/A CON SU TARJETA SANITARIA.

Nombre del participante:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre de la persona de contacto Parentesco Teléfono de contacto

1

2

DATOS MÉDICOS GENERALES:

Dieta.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a tiene una dieta normal
- Mi hijo/a mantiene una dieta vegetariana (no come carne)
- Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias:

Alergias:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas
- Mi hijo/a es alérgico a la siguiente comida:

Intolerancias:

- Mi hijo/a no tiene intolerancias conocidas
- Mi hijo/a tiene intolerancia a:

Medicamentos:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a medicamentos
- Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos:

Substancias:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a ningún tipo de sustancias
- Mi hijo/a es alérgico/a a las siguientes sustancias:

Enfermedades:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no padece ninguna enfermedad crónica y puede participar en todas las actividades
- Mi hijo/a padece (SUBRAYE el que proceda):
 - Asma, Migraña, Problemas cardíacos, Incontinencia urinaria nocturna
 - Infecciones de oído frecuentes, Problemas digestivos, Sonambulismo, Diabetes
 - Otras

Vacunación:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a

- Mi hijo está correctamente vacunado

AUTORIZACIÓN MÉDICA

D./Dña

con DNI , y madre/padre/tutor del alumno/a

autorizo a la empresa adjudicataria de los campamentos de inmersión lingüística para que proporcione asistencia médica, traslado a centro sanitario y su posterior tratamiento en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a.

En , a de , de 20

Firma de la madre/padre o tutor:

Fecha de la firma:



Región de Murcia

Consejería de Educación, Juventud y Deportes



Unión Europea

Tlfno. 968362000/012

P-2566

(*). Este documento no tendrá validez si no está firmado por la madre, el padre o el tutor legal del niño/a que asiste al campamento.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, se le informa que sus datos personales son tratados por la Consejería de Educación, Juventud y Deportes, con la finalidad de tramitar su solicitud. La persona titular podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, a través del Registro General de esta Consejería, con domicilio en Avda. de la Fama, 15, 30006, Murcia, o de cualquiera de los procedimientos o medios que al respecto se establece en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.