



## FITXA SANITARIA



CENTRE JUNIORS:

JUNIORS AMBRA MD

### DADES DE L'ASSOCIAT

NOM

COGNOMS

DATA DE NAIXEMENT

DNI

### DADES DELS PARES / TUTORS

NOM

COGNOMS

MÒVIL 1

E-MAIL 1

DNI

NOM

COGNOMS

MÒVIL 2

E-MAIL 2

DNI

### FITXA SANITARIA

GRUP  
SANGUINI

RH

SEGUR AL QUE  
PERTENEIX

NÚMERO DEL  
SEGUR O SIP

ENFERMETATS PASSADES:

SARAMPIÓ  HEPATITIS  ASMA  CARDÍAQUES  ALTRES: \_\_\_\_\_

PATEIX ALGUNA ENFERMETAT?

SI

NO

QUINA? \_\_\_\_\_

SEGUEIX ALGUN TRATAMENT MÈDIC?

SI

NO

QUINA? \_\_\_\_\_

TÈ ALGUNA ENFERMETAT CRÒNICA?

SI

NO

QUINA? \_\_\_\_\_

SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL?

SI

NO

QUINA? \_\_\_\_\_

ÉS AL·LÈRGIC A ALGUN MEDICAMENT?

ALTRES AL·LÈRGIES?

HA SIGUT VACUNAT RECENTMENT?  SI  NO

ALTRES DADES D'INTERES:

### DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_  
com a mare/pare/tutor de \_\_\_\_\_,

DECLARE:

1r.-Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes.

2n.- Conèixer que conforme a l'establert a l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que les dades de caràcter personal del menor que vostè ha facilitat de forma voluntària s'incorporaran a un fitxer automatitzat el responsable del qual és JUNIORS MOVIMENT DIOCESÀ, amb la finalitat de dur a fi la gestió integral de la seua sol·licitud d'inscripció, cobrar la quota corresponent, contactar-li i enviar-li informació, inclòs per mitjans electrònics, sobre altres activitats, productes i servicis que puguen ser del seu interès relacionats amb l'activitat oferta per JUNIORS MOVIMENT DIOCESÀ, estant prevista la comunicació dels mateixos a aquells professionals i/o empreses que intervenen en la gestió de la seua sol·licitud, descrits en el Document de Seguretat. Si no ens manifesta el contrari entenem que vostè, com a responsable del menor, està d'acord amb el tractament indicat. Pot exercitar els seus drets d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició, mitjançant escrit dirigit a JUNIORS MOVIMENT DIOCESÀ, c/Músico Hipólito Martínez, 10 Bj -46020- València, junt amb una fotocòpia del DNI .

Signat: \_\_\_\_\_

*Junt a aquest imprès serà necessari adjuntar la fotocòpia del DNI, així com una fotocòpia de la targeta sanitària o segur mèdic del menor inscrit. Si és al·lèrgic o intolerant a qualsevol aliment, necessitarem un justificant mèdic.*