

FICHA MÉDICA

DATOS DEL ASISTENTE

Nombre y apellidos: Fecha de nacimiento:

Domicilio: Localidad:

Teléfonos: / /

ANTECEDENTES

Enfermedades específicas padecidas:

Intervenciones quirúrgicas:

¿Padece alguna enfermedad actualmente?:

¿Alergia a medicamentos?: ¿A cuáles?:

Fecha de la última antitetánica: ¿Ataques epilépticos?:

¿Se orina involuntariamente?: ¿Cuándo?:

¿Necesita alguna medicación o alimentación especial?:

¿Otro tipo de alergias?:

Indíquenos circunstancias médicas a tener en cuenta:

NOTA IMPORTANTE

Para la Participación en las actividades ES IMPRESCINDIBLE llevar esta ficha Médica cumplimentada.

Autorizo a mi hijo/a para que participe en el Campamento Urbano Multideportivo y en todas las actividades propuestas.

Nombre y apellidos del padre/ madre o tutor:

D.N.I.:

Firma del padre/ madre o tutor:

....., a..... dede 20.....

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que mis datos facilitados en cualquier formato (verbal, escrito o telemático), sean incorporados a los ficheros cuyo responsable es la Federación Madrileña de Natación con la finalidad de poder gestionar mi relación con la misma. Asimismo, consiento el envío de comunicaciones incluidas las comerciales, aun por medios electrónicos. Quedo informado que mis datos serán cedidos, a la empresa Deportes, Ocio y Eventos para el control y organización de esta actividad y a la compañía aseguradora con la finalidad de gestionar la cobertura sanitaria ante un posible accidente. Autorizo a la Federación Madrileña de Natación y a la empresa Deportes, Ocio y Eventos, a usar, publicar, exponer, producir, duplicar y distribuir reproducciones fotográficas, grabaciones en video o audio en las que participa mi hijo/a para uso únicamente divulgativo y escolar, respetando en todo momento el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen de los participantes. El interesado o representante legal (en su caso), manifiesta bajo su responsabilidad que no tiene impedimento físico o médico para desarrollar con normalidad la actividad en la que se inscribe. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de mis datos en la dirección postal c/ José Martínez de Velasco, 3 (Centro M-86). 28007 Madrid, según el procedimiento previsto en la normativa vigente.