

		FITXA SANITÀRIA MENORS D'EDAT NO EMANCIPADES			
<b>DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT</b>					
COGNOMS			NOM	DNI	
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	ACTIVITAT EN LA QUAL ESTÀ INSCRITA			
NOM DEL PARE / TUTOR		NOM DE LA MARE / TUTORA	TLF. DE CONTACTE 1	TLF. DE CONTACTE 2	
<b>FITXA SANITÀRIA: INFORMACIÓ IMPORTANT PER A UNA POSSIBLE ASSISTÈNCIA MÈDICA</b>					
GRUP SANGUINI	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY		NÚMERO DE L'ASSEGURANÇA / SIP	
MALALTIES PASSADES <input type="checkbox"/> ESCARLATINA <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> MENINGITIS <input type="checkbox"/> PNEUMÒNIA <input type="checkbox"/> RUBÈOLA <input type="checkbox"/> XARAMPIÓ <input type="checkbox"/> TUBERCULOSI <input type="checkbox"/> VARICEL·LA					
INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES PATIDES		<input type="checkbox"/> COR <input type="checkbox"/> AMÍGDALES I/O VEGETACIONS <input type="checkbox"/> COLUMNNA <input type="checkbox"/> APÉNDIX		<input type="checkbox"/> ALTRES: ANY DE LA INTERVENCIÓ:	
MALALTIES QUE PATEIX		<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> SOMNAMBULISME <input type="checkbox"/> DIABETIS    DOSIS INSULINA <input type="checkbox"/> EPILÈPSIA <input type="checkbox"/> INCONTINÈNCIA URINÀRIA <input type="checkbox"/> FOBIES    A QUÈ? <input type="checkbox"/> ANÈMIA <input type="checkbox"/> ALTERACIONS PSÍQUIQUES    QUINES? <input type="checkbox"/> ALTRES:			
ESTÀ REBENT ALGUN TRACTAMENT ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN? (ESPECIFICAR MALALTIA, MEDICAMENT, DOSI I HORARIS)			
ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN TIPUS DE MEDICAMENT? <input type="checkbox"/> SI <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"/> SI <input type="checkbox"/> NO		QUIN?			
SAP NADAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALENDARI DE VACUNES ACTUALITZAT <input type="checkbox"/> SI <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...)					
<b>EMPLENAR EN CAS DE DONA</b> PREN ALGUN TIPUS DE ANTICONCEPTIU <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO QUIN?		<b>EMPLENAR EN CAS QUE PROCEDISCA</b> ÉS FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CONSUMEIX BEGUDES ALCOHÒLIQUES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ESTÀ EMBARASSADA O HO SOSPITA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ALTRES SUBSTÀNCIES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR_____			
		PATEIX O HA PATIT ALGUNA MALALTIA DE TRANSMISSIÓ SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR_____			
<b>DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ</b>					
<p align="center"><u>Continua al dors del full</u></p>					
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 la **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 la 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](mailto:fev@scoutsfev.org).

Així mateix l'informem que conforme l'estipulat pel RGPD en el 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 siguen 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 les de la persona que represente legalment.
- ☐ **No accepte** el tractament de les meues dades i les de la persona que represente legalment.
- ☐ **Accepte** el tractament de les meues dades i les de la persona que represente legalment amb finalitats informatives o per a rebre comunicacions.

- ☐ **No accepte** el tractament de les meues dades i 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 la **FEV**, al **Movimiento Scout Catòlico**, i a les **Associacions Escoltes (SdC, MEV, i/o SdA)** amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat, i a **UMAS, Mutua de Seguros y Reaseguros** i **Asesoramiento Médico Siglo XXI** amb finalitats d'assegurament de les nostres persones associades, directament relacionades amb la nostra activitat.

- ☐ **Accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a les Entitats Escoltes.
- ☐ **No accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a les Entitats Escoltes.
- ☐ **Accepte** la cessió de les meues dades i les de la persona que represente legalment a l'Agència d'Assegurances.
- ☐ **No accepte** la cessió de les meues dades i 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 precises, 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:

DNI/NIE:

Data:

Signatura:

Nom i cognoms:

DNI/NIE:

Data:

Signatura:

(EN CAS DE CUSTÒDIA CONJUNTA, DEUEN 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.