

## FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	GRUPO SANGUÍNEO:
¿ENFERMEDAD ACTUAL, PADECIDA O PROPENSIÓN A ELLA?	
¿HA SIDO INTERVENIDO EN ALGUNA OCASIÓN?	
¿De qué?	¿Cuándo?
¿PADECE ALGUNA ALERGIA (medicamentos, picaduras, alimentos etc.?)	
Tratamiento a seguir en caso de reacción:	
DIETAS ALIMENTICIAS:	
¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?	
¿Para qué?	
Indicar posología	
INDICAR FRACTURAS O LESIONES QUE IMPIDAN REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD O DEPORTE:	
¿SUFRE HEMORRAGIAS CON FRECUENCIA?	
¿SABE NADAR?	
¿SE MAREA?	
¿HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ CON SUERO ANTITETÁNICO?	¿Cuándo?
¿TIENE ASMA?	
OTROS DATOS IMPORTANTES :	

D/Dña. \_\_\_\_\_ como firmante, se responsabiliza expresamente de la veracidad de los datos médicos aportados, significando que el cumplimentar algún dato sin certeza, no le exime de responsabilidad. El firmante declara que es representante legal del menor.

**La Madrigaleña s.a. le informa que los datos que se solicitan se incorporarán a un fichero de datos de carácter personal, denominado CLIENTES CAMPAMENTO DE VERANO, donde están incluidos sus datos, cuya finalidad es la relación comercial, y el envío de documentación, sin que sus datos sean cedidos a terceras personas, y el tratamiento va a ser utilizado exclusivamente para la realización del campamento de verano. Le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en la dirección indicada mediante escrito, concretando su solicitud y al que acompañe fotocopia de su Documento Nacional de Identidad., a La Madrigaleña s.a., dirección de correo electrónico: [info@spaciolm.com](mailto:info@spaciolm.com).**

En ....., a .....

Firma del padre, madre o tutor: