



FICHA SANITARIA CURSO 2025-2026



DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO		ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO			
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		TELF.1.		TELF.2.	

FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO		RH		SEGURO AL QUE PERTENCE		NÚMERO DEL SEGURO / SIP	
ENFERMEDADES PASADAS							
☐ SARAMPIÓN ☐ HEPATITIS ☐ ASMA ☐ CARDIACAS ☐ OTRAS: _____							
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?				¿CUÁL?			
☐ SI ☐ NO							
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?				¿CUÁL?			
☐ SI ☐ NO							
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?				¿CUÁL?			
☐ SI ☐ NO							
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?				¿CUÁL?			
☐ SI ☐ NO							
¿ES ALERGICO A ALGÚN ALIMENTO?				¿CUÁL?			
☐ SI ☐ NO							
¿ES ALERGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?				¿CUÁL?			
☐ SI ☐ NO							
OTRAS ALERGIAS				HA SIDO VACUNADA RECIENTEMENTE			

OTROS DATOS DE INTERÉS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

D. / Dña. _____,
como madre/padre/tutor de

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

- ☐ Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente, van a ser incorporados a un fichero, propiedad del Centro Juniors para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que **usted consiente expresamente**.

En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos ARCO, además de derechos de transparencia de información, supresión, limitación y portabilidad, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigida al Centro Juniors.

Usted consiente expresamente conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, al Centro Juniors con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

Declaro ser mayor de edad,

_____, _____ de _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

(Junto a esta hoja será necesario adjuntar fotocopia de la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante)