

A DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT / DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O PASSAPORT DNI O PASAPORTE
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD	ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÀ INSCRITO		CODI / CÓDIGO

B CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

AVISEU EL SR. - LA SRA. / AVISAR AL SR. - A LA SRA.

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	TELÈFON 3 / TELÉFONO 3
------------------------	------------------------	------------------------

C FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA

MALALTIES PASADES / ENFERMEDADES PASADAS

XARAMPIÓ / SARAMPIÓN
 HEPATITIS
 ASMA
 CARDIAQUES / CARDÍACAS
 D'ALTRES: / OTRAS: _____

PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MÈDIC? ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN-A? / ¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?

ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS

HA SIGUT VACUNAT/ADA RECENTMENT / HA SIDO VACUNADO/A RECIENTEMENTE

D ALTRES DADES D'INTERÉS / OTROS DATOS DE INTERÉS
E DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN
MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD

DECLARE: / DECLARO:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

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

AUTORITZE: / AUTORIZO:

 Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica.
 Que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS / MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

Sr./Sra. _____

com a pare/mare/tutor-a d / como padre/madre/tutor-a de _____

DECLARE: / DECLARO:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

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

AUTORITZE: / AUTORIZO:

 Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

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

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

NOTA: Es comunicará, per escrit, qualsevol problema mèdic i/o medicació que es prenga i s'adjuntarà a aquesta fitxa mèdica.

Se comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se tome, adjuntándolo a esta ficha médica.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, de rectificació, de cancel·lació i d'oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

A DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT / DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI O PASSAPORT DNI O PASAPORTE
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD	ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÀ INSCRITO		CODI / CÓDIGO

B CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

AVISEU EL SR. - LA SRA. / AVISAR AL SR. - A LA SRA.

TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	TELÈFON 3 / TELÉFONO 3
------------------------	------------------------	------------------------

C FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA

MALALTIES PASADES / ENFERMEDADES PASADAS

XARAMPIÓ / SARAMPIÓN
 HEPATITIS
 ASMA
 CARDIAQUES / CARDÍACAS
 D'ALTRES: / OTRAS: _____

PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MÈDIC? ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUINA? / ¿CUÁL?
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN-A? / ¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	QUIN? / ¿CUÁL?

ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS

HA SIGUT VACUNAT/ADA RECENTMENT / HA SIDO VACUNADO/A RECIENTEMENTE

D ALTRES DADES D'INTERÉS / OTROS DATOS DE INTERÉS
E DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN
MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD

DECLARE: / DECLARO:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

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

AUTORITZE: / AUTORIZO:

 Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica.
 Que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS / MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS

Sr./Sra. _____

com a pare/mare/tutor-a d / como padre/madre/tutor-a de _____

DECLARE: / DECLARO:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

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

AUTORITZE: / AUTORIZO:

 Que, en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

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

_____, _____ d _____ de _____

Firma: _____

DNI: _____

NOTA: Es comunicará, per escrit, qualsevol problema mèdic i/o medicació que es prenga i s'adjuntarà a aquesta fitxa mèdica.
 Se comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se tome, adjuntándolo a esta ficha médica.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, de rectificació, de cancel·lació i d'oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).