

Anexo I

Declaración responsable médico-sanitaria que autorice la participación en dicho programa.

La ficha médica deber rellenada por los padres/tutores del participante con todos los datos cumplimentados, verídicos y en MAYÚSCULA. Esta información es vital para el tratamiento médico de su hijo/a en caso de necesidad.

ES IMPRESCINDIBLE JUSITIFICAR CUALQUIER INTOLERANCIA, ALERGIA O DOLENCIA IMPORTANTE CON JUSTIFICANTE MÉDICO (copia grapada a esta ficha). Y recuerde FIRMAR el documento. Muchas gracias por su colaboración. Y RECUERDE QUE SU HIJO/A LLEVE SU TARJETA SANITARIA EUROPEA EN VIGOR.

Nombre del participante

Dirección

Fecha de Nacimiento

En caso de emergencia avisar a

Nombre de la persona de contacto Parentesco Teléfono de contacto

1 _____
2 _____

DATOS MÉDICOS GENERALES:

Dieta.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a tiene una dieta normal
- Mi hijo/a mantiene una dieta vegetariana (no come carne)
- Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias: _____

Alergias.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a::

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas
- Mi hijo/a es alérgico/a a la siguiente comida: _____

Intolerancias.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no tiene intolerancias conocidas
- Mi hijo/a tiene intolerancia a: _____

Medicamentos.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a medicamentos
- Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos: _____

Sustancias.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a ningún tipo de sustancias
- Mi hijo/a es alérgico/a a las siguientes sustancias: _____

Enfermedades.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no padece ninguna enfermedad crónica y puede participar en todas las actividades
- Mi hijo/a padece (SUBRAYE el que proceda):
 - Asma, Migraña, Problemas cardiacos, Incontinencia urinaria nocturna
 - Infecciones de oído frecuentes, Problemas digestivos, Sonambulismo, Diabetes
 - Otras _____

Vacunación.

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a está correctamente vacunado

AUTORIZACION MÉDICA

D./Dña. _____ con DNI _____ y madre/padre/tutor del niño/a _____, autorizo a la familia y a VIAJAR MURCIA como organizadora de los cursos de inmersión lingüística, para que proporcione asistencia médica, traslado a centro sanitario y su posterior tratamiento en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a.

En Murcia a, __ de _____ de 20__.

Firma de la madre/padre/tutor:

Fecha de la firma: