

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 JUSTIFICAR 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 ES RECOMENDABLE 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	e-mail
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:

PROTECCIÓN DE DATOS: Responsable del Tratamiento: VIAJES IN MURCIA, S.L.U B73801920 Finalidad del Tratamiento: Mantenimiento de contactos. Ejercicio de derechos: Podrá acceder, corregir, eliminar y portar sus datos personales, así como oponerse y solicitar la limitación de los mismos. Puede ejercitar sus derechos, así como obtener más información en C/ San Lorenzo, nº 14, Entresuelo B, 30001, Murcia, MURCIA, juanangel@viajarmurcia.com o solicitándolo al remitente de este correo electrónico.

En caso de no ser el destinatario de esta información, por favor, rogamos nos lo comunique en la dirección del remitente para la eliminación de su dirección electrónica, no copiando ni entregando este mensaje a nadie más y procediendo a su destrucción.