

A DADES DEL PARTICIPANT / DATOS DEL PARTICIPANTE

NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS		DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD
ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO		ESCOLA/ ESCUELA	DATA CURS / FECHA CURSO
CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / CONTACTO EN CASO DE URGENCIA		TELÈFON 1/ TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2

B FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA

Pateix alguna malaltia? Cardíaca Diabetis Asma Altra
 ¿Padece alguna enfermedad? Cardíaca Diabetes Asma Otra _____

Té alguna al·lèrgia? / ¿Tiene alguna alergia?
 A medicaments A aliments
 A medicamentos A alimentos _____
 Altra / Otra _____

Està prenent algun medicament? SI _____ NO
 ¿Está tomando algún medicamento? _____

Sol·licita siga administrat el medicament pel personal de la Escola de la Mar
 Solicita sea administrado el medicamento por el personal de la Escuela de la Mar SI NO

En cas afirmatiu adjuntar recepta mèdica indicant el dosatge i horari de preses / En caso afirmativo adjuntar receta médica indicando la dosificación y horario de tomas

Té alguna discapacitat? / ¿Tiene alguna discapacidad? Física Psíquica Sensorial _____

Te complet el calendari de vacunació per a la seua edat? / Tiene completo el calendario de vacunación para su edad? SI NO

En cas negatiu especificar / En caso negativo especificar _____

Malalties passades / Enfermedades pasadas
 Diftèria Polio Xarampió Rubèola Varicel·la Galteres Escarlatina Tos ferina
Difteria Polio Sarampión Rubéola Varicela Paperas Escarlatina Tos ferina
 Hepatitis Hèrnies Fractures òssies Altra / Otra _____
Hepatitis Hernias Fracturas óseas

Somnambulisme / Sonambulismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Insomni / Insomnio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malsons / Pesadillas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altres dades d'interès / Otros datos de interés _____
---	---	---	--

C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

DECLARE: / DECLARO:
 Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament 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, quan haja sigut impossible la meua localització en cas de menors d'edat.
 Que en caso de máxima urgencia, la Dirección competente tome las decisiones oportunas con conocimiento y prescripción médica, cuando haya sido imposible mi localización en caso de menores de edad.

El desplaçament del participant en vehicle privat per part del personal de l'escola al centre de salut/hospital per a prestar-li atenció mèdica.
 El desplazamiento del participante en vehículo privado por parte del personal de la escuela al centro de salud/hospital para prestarle atención médica.

MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD	MENORS D'EDAT / MENORES DE EDAD
Firma: _____	Sr./Sra. _____ com pare/mare/tutor-a de _____ como padre/madre/tutor-a de _____
DNI: _____	Firma: _____
_____, ____ de _____ de _____	DNI: _____
_____, ____ de _____ de _____	_____, ____ de _____ de _____

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, rectificació, cancel·lació i 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 DEL PARTICIPANT / DATOS DEL PARTICIPANTE

NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS		DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD
ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÁ INSCRITO		ESCOLA/ ESCUELA	DATA CURS / FECHA CURSO
CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA / CONTACTO EN CASO DE URGENCIA		TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2

B FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA

Pateix alguna malaltia? Cardíaca Diabetis Asma Altra
 ¿Padece alguna enfermedad? Cardíaca Diabetes Asma Otra _____

Té alguna al·lèrgia? / ¿Tiene alguna alergia?
 A medicaments A aliments
 A medicamentos A alimentos _____
 Altra / Otra _____

Està prenent algun medicament? SI _____ NO
 ¿Está tomando algún medicamento? _____

Sol·licita siga administrat el medicament pel personal de la Escola de la Mar
 Solicita sea administrado el medicamento por el personal de la Escuela de la Mar SI NO

En cas afirmatiu adjuntar recepta mèdica indicant el dosatge i horari de preses / En caso afirmativo adjuntar receta médica indicando la dosificación y horario de tomas

Té alguna discapacitat? / ¿Tiene alguna discapacidad? Física Psíquica Sensorial _____

Te complet el calendari de vacunació per a la seua edat? / Tiene completo el calendario de vacunación para su edad? SI NO

En cas negatiu especificar / En caso negativo especificar _____

Malalties passades / Enfermedades pasadas
 Diftèria Polio Xarampió Rubèola Varicel·la Galteres Escarlatina Tos ferina
Difteria Polio Sarampión Rubéola Varicela Paperas Escarlatina Tos ferina
 Hepatitis Hèrnies Fractures òssies Altra / Otra _____
Hepatitis Hernias Fracturas óseas

Somnambulisme / Sonambulismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Insomni / Insomnio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Malsons / Pesadillas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Altres dades d'interès / Otros datos de interés _____
---	---	---	--

C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

DECLARE: / DECLARO:
 Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament 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, quan haja sigut impossible la meua localització en cas de menors d'edat.
 Que en caso de máxima urgencia, la Dirección competente tome las decisiones oportunas con conocimiento y prescripción médica, cuando haya sido imposible mi localización en caso de menores de edad.

El desplaçament del participant en vehicle privat per part del personal de l'escola al centre de salut/hospital per a prestar-li atenció mèdica.
 El desplazamiento del participante en vehículo privado por parte del personal de la escuela al centro de salud/hospital para prestarle atención médica.

MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD	MENORS D'EDAT / MENORES DE EDAD
Firma: _____	Sr./Sra. _____ com pare/mare/tutor-a de _____ como padre/madre/tutor-a de _____
DNI: _____	Firma: _____
_____, ____ de _____ de _____	DNI: _____
	_____, ____ de _____ de _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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, rectificació, cancel·lació i 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).