

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

|                                    |             |                       |              |                                    |
|------------------------------------|-------------|-----------------------|--------------|------------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS                |             | NOM / NOMBRE          |              | DNI O PASSAPORT<br>DNI O PASAPORTE |
| DATA NAIXEMENT<br>FECHA NACIMIENTO | EDAT / EDAD | ACTIVITAT / ACTIVIDAD | DATA / FECHA |                                    |

**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 PASSEDES / ENFERMEDADES PASADAS

 XARAMPIÓ  
SARAMPIÓN     HEPATITIS     ASMA     CARDIAQUES  
CARDIACAS     D'ALTRES:  
OTRAS: \_\_\_\_\_

 PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA?  
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?     NO     SÍ    QUINA? / ¿CUÁL?

 SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MÈDIC?  
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?     NO     SÍ    QUIN? / ¿CUÁL?

 TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA?  
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?     NO     SÍ    QUINA? / ¿CUÁL?

 SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL?  
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?     NO     SÍ    QUIN-A? / ¿CUÁL?

 ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC?  
¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?     NO     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 \_\_\_\_\_

Signatura / 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 \_\_\_\_\_

Signatura / 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.

 PROTECCIÓ DE DADES: de conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractades per la Generalitat per a procedir a la tramitació de la seua sol·licitud de la present convocatòria de Campaments d'Estiu.  
Amb aquesta sol·licitud s'autoritza la cessió de les seues dades personals que seran incorporades en una base de dades propietat de l'Administració corresponent, i que seran prestats o cedits a la Comunitat Autònoma on vaja a realitzar-se l'activitat.

 PROTECCIÓN DE DATOS: de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para proceder a la tramitación de su solicitud de la presente convocatoria de Campamentos de Verano.  
Con esta solicitud se autoriza la cesión de sus datos personales que serán incorporados en una base de datos propiedad de la Administración correspondiente, y que serán prestado o cedidos a la Comunidad Autónoma donde vaya a realizarse la actividad.

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

|                                    |             |                       |  |                                    |
|------------------------------------|-------------|-----------------------|--|------------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS                |             | NOM / NOMBRE          |  | DNI O PASSAPORT<br>DNI O PASAPORTE |
| DATA NAIXEMENT<br>FECHA NACIMIENTO | EDAT / EDAD | ACTIVITAT / ACTIVIDAD |  | DATA / FECHA                       |

**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 PASSEDES / ENFERMEDADES PASADAS

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

PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? / ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?     NO     SÍ    QUINA? / ¿CUÁL?

SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT MÈDIC? / ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?     NO     SÍ    QUIN? / ¿CUÁL?

TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? / ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?     NO     SÍ    QUINA? / ¿CUÁL?

SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? / ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?     NO     SÍ    QUIN-A? / ¿CUÁL?

ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGUN MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? / ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?     NO     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 \_\_\_\_\_

Signatura / 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 \_\_\_\_\_

Signatura / 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.

**PROTECCIÓ DE DADES:** de conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractades per la Generalitat per a procedir a la tramitació de la seua sol·licitud de la present convocatòria de Campaments d'Estiu.  
 Amb aquesta sol·licitud s'autoritza la cessió de les seues dades personals que seran incorporades en una base de dades propietat de l'Administració corresponent, i que seran prestats o cedits a la Comunitat Autònoma on vaja a realitzar-se l'activitat.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para proceder a la tramitación de su solicitud de la presente convocatoria de Campamentos de Verano.  
 Con esta solicitud se autoriza la cesión de sus datos personales que serán incorporados en una base de datos propiedad de la Administración correspondiente, y que serán prestados o cedidos a la Comunidad Autónoma donde vaya a realizarse la actividad.