

FICHA DE INSCRIPCIÓN:

Al rellenar esta ficha se compromete a asistir a los Espacios Educativos Saludables desde el 25 de junio al 31 de agosto de 2018.

En el caso de que no se adjunten fichas médicas o informes referentes a patologías del/la menor, Cruz Roja Española puede dejar de prestar el servicio.

Para que la ficha sea apta, deberá de estar íntegramente rellena.

DATOS DEL/LA MENOR				
NOMBRE Y APELLIDOS				
FECHA DE NACIMIENTO		DNI		
LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		
IDIOMA		SEXO	H	M
DIRECCIÓN				
LOCALIDAD				
CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DE CONTACTO		
CENTRO EDUCATIVO				CURSO
DIVERSIDAD FUNCIONAL		NO	SI	GRADO:
				TIPO:
OTROS DATOS DE INTERÉS				

DATOS PADRE O TUTOR			
NOMBRE Y APELLIDOS			
FECHA DE NACIMIENTO		DNI:	
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO:	
OCUPACIÓN		LUGAR DE TRABAJO	
OTROS DATOS DE INTERÉS			

Firma padre o tutor:

En _____, a _____ de _____ de 2018.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, informamos a las personas que envíen su ficha de inscripción, que en sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Cruz Roja Española, con domicilio en la Calle Museo, 5-06003 Badajoz, y que serán tratados con la finalidad de determinar su adecuación al perfil preciso para la formación y de esta manera poder realizar los procesos de selección. Asimismo, le informamos de que para una mejor gestión de los procesos de selección, sus datos podrán ser transferidos al departamento de Formación para futuras convocatorias. Si el candidato no desea que el tratamiento de sus datos se realice con la finalidad indicada, o desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición deberá dirigirse por escrito al Departamento de formación de Cruz Roja Española, en la dirección arriba indicada.



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Cada vez más cerca de las personas



DATOS MADRE O TUTORA			
NOMBRE Y APELLIDOS			
FECHA DE NACIMIENTO		DNI:	
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO:	
OCUPACIÓN		LUGAR DE TRABAJO	
OTROS DATOS DE INTERÉS			

Firma madre o tutora:

En _____, a _____ de _____ de 2018.

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN:

D. _____ mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad _____ y domicilio en _____, Padre/Madre/Tutor Legal de _____ con Documento Nacional de Identidad _____ de forma voluntaria y con carácter gratuito, autorizo a Cruz Roja Española para que la/s grabaciones de audio/video que fue/ron realizada/s para el programa de Espacios Educativos Saludables 2018 sean utilizadas por esta entidad de forma atemporal en cualquier publicación o acción publicitaria.

En consecuencia, Cruz Roja Española queda autorizada a servirse de la imagen que aparece en dicha grabación audio/video para su impresión, reproducción y difusión sin fecha de caducidad en cualquier tipo de soporte, (carteles, folletos, etc.) o publicación de Cruz Roja relacionada con su actividad, comprometiéndose la entidad a no hacer uso de las mismas fuera de los fines de promoción, difusión de actividades y publicitarios institucionales.

Y para que conste lo firmo en la fecha y lugar:

En _____, a _____ de _____ de 2018.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, informamos a las personas que envíen su ficha de inscripción, que en sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Cruz Roja Española, con domicilio en la Calle Museo, 5-06003 Badajoz, y que serán tratados con la finalidad de determinar su adecuación al perfil preciso para la formación y de esta manera poder realizar los procesos de selección. Asimismo, le informamos de que para una mejor gestión de los procesos de selección, sus datos podrán ser transferidos al departamento de Formación para futuras convocatorias. Si el candidato no desea que el tratamiento de sus datos se realice con la finalidad indicada, o desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición deberá dirigirse por escrito al Departamento de formación de Cruz Roja Española, en la dirección arriba indicada.



Cada vez más cerca de las personas



FICHA MÉDICA DEL MENOR

Humanidad Imparcialidad Neutralidad Independencia Voluntariado Unidad Universalidad

REFERENCIAS PERSONALES DEL NIÑO/A			
Nombre y apellidos:			
Nº de la Seguridad Social:			
Grupo Sanguíneo:		¿Tiene alguna restricción expresa para participar en alguna de las actividades programadas?	SÍ/NO
¿Está Sometido a algún tratamiento médico que deba seguirlo durante su estancia con nosotros/as? (En caso afirmativo adjuntar instrucciones del tratamiento, autorización e informe médico si fuese necesario).			
¿Debe administrarse a la persona usuaria alguna medicación durante el turno? (En caso afirmativo, indicar nombre y dosificación).			
¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (En caso afirmativo indicar tipo y tratamiento a seguir).			
¿Padece Algún tipo de alergia o intolerancia a medicamentos, alimentos, insectos,...? (En caso afirmativo indicar tipo y tratamiento).			
¿Debe Seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante el transcurso del programa? (En caso afirmativo indicar tipo)			
¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente, o debido a su carácter?			
Otras observaciones. Cuidados o precauciones sobre su salud y seguridad, costumbres, <u>custodias compartidas</u>			
Siempre que se produzca un accidente, lesión o cambio relevante en el estado de salud del alumno que requiera una valoración médico-sanitaria externa, la familia será avisada e informada por el centro o al tutor (según la opción elegida por los padres). Dicha valoración se realizará en los Servicios de Urgencia del Hospital de referencia.			
REFERENCIAS PERSONALES DEL NIÑO/A			
PERSONA DE CONTACTO Y EN CASO DE URGENCIA			TELÉFONO
DOCUMENTACIÓN ANEXA PARA FORMALIZAR LA INSCRIPCIÓN:			
<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia DNI y tarjeta sanitaria del/la menor. Presentar informes médicos en caso de patologías o discapacidad. Copia de informe de Exclusión y/o Situación Vulnerable. 			

Firma del tutor legal:

Firma de la tutora legal:

En _____, a _____ de _____ de 2018.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, informamos a las personas que envíen su ficha de inscripción, que en sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Cruz Roja Española, con domicilio en la Calle Museo, 5-06003 Badajoz, y que serán tratados con la finalidad de determinar su adecuación al perfil preciso para la formación y de esta manera poder realizar los procesos de selección. Asimismo, le informamos de que para una mejor gestión de los procesos de selección, sus datos podrán ser transferidos al departamento de Formación para futuras convocatorias. Si el candidato no desea que el tratamiento de sus datos se realice con la finalidad indicada, o desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición deberá dirigirse por escrito al Departamento de formación de Cruz Roja Española, en la dirección arriba indicada.



Cada vez más cerca de las personas

