



## ALSER BM PUERTO SAGUNTO FICHA SANITARIA

### DATOS DEL JUGADOR

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	EMAIL			
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA		TELÉFONO DE CONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2

### FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	Nº TARJETA SANITARIA(SIP)			
ENFERMEDADES PASADAS					
<input type="checkbox"/> SARAMPiÓN <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> CARDÍACAS <input type="checkbox"/> OTRAS: _____					
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?			¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
OTRAS ALERGIAS			HA SIDO VACUNADO RECIENTEMENTE		

OTROS DATOS DE INTERÉS

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

JUGADORES MAYORES DE EDAD	JUGADORES MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS
<p><b>DECLARO:</b> Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad deportiva.</p> <p><b>AUTORIZO:</b> <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente del equipo tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica</p> <p>Le informamos de que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero, propiedad de ALSER BM PUERTO SAGUNTO, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que <b>usted consiente expresamente</b>. En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a ALSER BM PUERTO SAGUNTO, C/ Alfambra, Nº 24, C. P. 46520, Puerto Sagunto (Valencia). Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales al club con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad, _____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____ DNI: _____</p>	<p>D. / DOÑA. _____, como madre/padre/tutor de _____</p> <p><b>DECLARO:</b> Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad deportiva.</p> <p><b>AUTORIZO:</b> <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente del equipo tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.</p> <p>Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente, van a ser incorporados a un fichero, propiedad del ALSER BM PUERTO SAGUNTO, creado para la finalidad, entre otras, de gestionar y controlar las peculiaridades médicas que el asociado declara, para lo que <b>usted consiente expresamente</b>. En cualquier momento, podrá ejercitar sus Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a ALSER BM PUERTO SAGUNTO, C/ Alfambra, 24 C. P. 46520, Puerto Sagunto (Valencia). Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, al club con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad, _____, _____ d _____ de _____</p> <p>Firma: _____ DNI: _____</p>

Para Jugadores CADETES E INFANTILES: Recomendamos que le realicen al niño un Reconocimiento médico antes de iniciar la práctica deportiva