

FITXA DE SALUT - CASAL / CAMPUS ROCROI

Si us plau, respon totes les preguntes sobre el teu / teva fill/a formulades a continuació amb un SÍ o un NO.
A les preguntes on la resposta sigui SÍ, especifica tot allò que consideris necessari.

Nom i cognoms del/la participant:

Necessitats de suport

Presenta algun grau de discapacitat reconegut? Sí NO

En cas afirmatiu de quin tipus?

Física. Visual. Auditiva. De la comunicació Intel·lectual. Trastorn mental

Aspectes a tenir en compte:

Malalties cròniques i/o al·lèrgies

- Presenta alguna malaltia crònica?
- Presenta alguna malaltia amb freqüència?
- Manifesta alguna al·lèrgia?
- Tipus d'al·lèrgia:
- Reacció en el nen/a:
- En cas de reacció al·lèrgica com actuar, protocol a seguir?
- Prevencions per a l'al·lèrgia
- **CONFIRMO** que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el **Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya**: Sí No.
- Qualsevol qüestió que es consideri necessari que sapiguem:
.....
.....

La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 137/2003 de 10 de juny, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb l'establert pel REGLAMENT (UE) 2016/679, de 27 d'abril de 2016 del Parlament Europeu, i del Consell relatiu a la Protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de les seves dades personals i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals. L'informem que les seves dades estan incorporades en un fitxer de què és titular JALLUCA, S.L., i el qual es troba degudament inscrit en el registre d'activitats de tractament.

Amb la finalitat de realitzar la gestió de les dades de salut que es recullin durant l'estància dels participants al Casal / Campus, pels serveis administratius, activitats programades o no, de l'estiu 2024. Sota cap concepte seran cedits o tractats per terceres persones, físiques o jurídiques, sense el previ consentiment del participant, tutor o representant legal, excepte en aquells casos que sigui imprescindible per prestar un servei mèdic d'urgències. Legitimació: Consentiment de l'interessat, interès legítim del responsable.

Utilitzarà aquestes dades exclusivament per gestionar assistència mèdica als participants, dins o fora del centre on es realitzarà el Casal.

Té dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets indicats a la informació addicional en www.rocroi.com, dirigint la seva petició a la direcció postal Avda Moll de Ponent s/n 08800 Vilanova i la Geltrú, o a través del correu electrònic bcn@rocroi.com

D / D^a amb
DNI.....pare/mare o tutor legal del participant al Casal / Campus
2024.....amb DNI.....autoritzo
expressament que les seves dades de salut siguin tractades per l'Empresa JALLUCA S.L.

Declaro haver llegit, atendre i acceptar les condicions de protecció de dades de salut establertes al present document.

Firma pare/mare o tutor legal
Vilanova i la Geltrú, a, de de 202...