

DATOS ADICIONALES DEL PARTICIPANTE¹

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Contacto en caso de emergencia y datos médicos del participante			
Fecha de participación en la actividad			
Nombre y apellidos del niño/a	Fecha de nacimiento	Sexo H M	
Nombre del padre/madre/tutor legal	Teléfono 1	Teléfono 2	
DNI del padre/madre/tutor legal			
Nº de beneficiario de la Seguridad Social		Nº de beneficiario de otra sociedad médica	

Datos médicos			
Alergias / Sensibilidades			
Enfermedades a tener en cuenta			
¿Está siguiendo algún tratamiento médico ² ?	Sí	No	
Cumplimiento del calendario de vacunación de la Comunidad Autónoma	Sí	No	
Otras observaciones médicas			

Fdo: _____
(Firma padre/madre/tutor legal)
DNI: _____

En _____ a _____ de _____ de 2018

¹ Este documento se entregará impreso en papel y firmado en taquilla. Las fotocopias de este documento o su escaneo no serán aceptados.

² **IMPORTANTE: Los monitores no administrarán ningún tipo de medicación durante el desarrollo de la actividad**

Información de protección de datos	
Responsable del tratamiento	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT)
Finalidad del tratamiento	La gestión de datos médicos para situaciones de emergencia o tratamientos especiales
Legitimación	El padre y/o madre o tutor legal al firmar este formulario y entregarlo en taquilla, da su consentimiento y acepta el tratamiento de datos personales según recoge la información de protección de datos.
Destinatarios	No se ceden datos a terceros salvo obligación legal
Derechos	Derechos de acceso, de rectificación, de supresión, a la limitación del tratamiento, a la portabilidad de los datos, de oposición y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, incluida la elaboración de perfiles
Procedencia	Padre y/o madre o tutor legal del interesado, menor de edad
Información adicional	<p>Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en este enlace https://pd.fecyt.es/protecciondatos/075-01es.pdf</p> 