

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

Escuela de Críquet Barcelona (Curso 2026-2027)

1. Datos del Alumno/a y Contactos de Emergencia

Información Requerida	Datos a completar por la familia
Nombre y Apellidos del Menor:	
Fecha de Nacimiento:	
N.º Tarjeta Sanitaria (SIP / CatSalut):	
Teléfono de Emergencia 1 (Nombre):	
Teléfono de Emergencia 2 (Nombre):	

2. Información Médica Confidencial

Los datos de salud son de "categoría especial" y serán tratados con máxima confidencialidad exclusivamente por entrenadores ROPEC y la dirección del club.

Condición	SÍ / NO	Detalles (Pautas de actuación médica)
Alergias severas		
Enfermedades crónicas (ej. Asma)		
¿Lleva medicación de emergencia consigo? (ej. Autoinyector de adrenalina o inhalador)		

3. Declaración de Consentimiento Legal

Como tutor/a legal del menor, declaro haber leído la Política de Asistencia Médica y autorizo los siguientes términos:

- **Tratamiento de Datos:** Consiento el tratamiento de la información médica del menor bajo la normativa del RGPD (UE) 2016/679 y la LOPDGDD 3/2018, entendiendo que no se cederán a terceros excepto a servicios médicos de urgencia o a la aseguradora deportiva en caso de accidente.
- **Actuación en Emergencias Vitales:** En caso de accidente grave o riesgo vital donde no sea posible el contacto inmediato con los tutores, autorizo al personal del club a actuar bajo el principio de necesidad terapéutica (Ley 41/2002 y Llei 21/2000). Esto incluye la aplicación de primeros auxilios (Protocolo P.A.S.), el aviso al 112 y el traslado en ambulancia al centro hospitalario o clínica concertada más cercana.
- **Administración de Medicamentos:** Comprendo que el personal del club tiene terminantemente prohibido suministrar medicamentos comunes (analgésicos, antiinflamatorios, etc.). Autorizo exclusivamente la asistencia en la administración de medicación para enfermedades crónicas o alergias severas previamente pautadas por un médico, siendo responsabilidad de la familia que el alumno aporte su propio material médico.

4. Firma de Conformidad

Lugar y Fecha

Firma del Padre, Madre o Tutor/a Legal

En _____, a ____ de _____ de 2026. Fdo.: _____