

Nombre y Apellidos del Alumno: _____

Toda la información facilitada en esta ficha será tratada con la máxima confidencialidad y siguiendo las normas establecidas por la Agencia Estatal de Protección de Datos.

Para poder realizar nuestro trabajo con total profesionalidad, seguridad y atención a nuestros alumnos, es de gran ayuda que nos facilitéis con el máximo detalle todo lo concerniente a la información médica de vuestros hijos/as.

Enfermedades 01

¿Padece su hijo/a algún tipo de enfermedad importante o relevante cara a su participación en el campamento? Si No

En caso afirmativo detallar las instrucciones/medicación necesarias: _____

Trastornos del aprendizaje o de la psicomotricidad 02

TDA/TDHA TANV Dislexia Otros: _____

En caso afirmativo detallar las instrucciones/medicación necesarias: _____

Lleva su hijo/a al campamento 03

Gafas Lentillas Ortodoncia Tapones especiales Otros _____

En caso afirmativo detallar las instrucciones/medicación necesarias: _____

¿Puede tomar su hijo/a la siguiente medicación? 04

Dalsy Apiretal Ibuprofeno
 Dosis _____ Dosis _____ Dosis _____ Otras: _____

Piel ¿alguna anomalía? 05

Dermatitis Atópica Necesita productos especiales Reactivo a picaduras
 Otros: _____

En caso afirmativo detallar las instrucciones/medicación necesarias: _____

Alergias a medicamentos

Si No

06

Cuales: _____

Indicaciones: _____

Alergias conocidas

Si No

07

Alimentos Plantas Animales Insectos Polen Otros: _____

Cuales: _____

¿Lleva medicación al campamento? Si No

En caso afirmativo detallar instrucciones/medicación necesarias: _____

Intolerancias

08

Alimenticias: Si No | Otras intolerancias: Si No

Cuales: _____

¿Lleva medicación al campamento? Si No

En caso afirmativo detallar instrucciones/medicación necesarias: _____

* Es obligatorio adjuntar con esta ficha la fotocopia de la Tarjeta de la Seguridad Social.

* En caso de ser un alumno internacional, debe adjuntar fotocopia del Seguro Médico de cobertura internacional y fotocopia del pasaporte.

Otros tratamientos

Si No

09

Cuales: _____

Indicaciones: _____

Autorización del tutor

10

Por la presente autorizo a que los datos médicos consignados queden registrados en la base de datos de CAMPGAIA S.L. Sus datos serán tratados por CAMPGAIA S.L. con la finalidad de mantener nuestra relación contractual, base legal del tratamiento. Los datos no serán comunicados a terceros y se conservaran mientras exista esta relación contractual.

Nombre y apellidos del alumno/a: _____

Nombre y apellidos del tutor/a legal: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma: _____