

NOMBRE Y APELLIDOS

TALLA

SOLICITA DORMIR CON ALGUN COMPAÑERO EN CONCRETO

POSICION EN EL CAMPO

NOMBRE DE LOS PADRES

TELEFONOS DE LOS PADRES

DIRECCION DE LOS PADRES

CORREO ELECTRONICO

ALERGIAS DE ALGUN TIPO

REACCION Y DETALLES SOBRE LA ALERGIA EN CONCRETO

NECESITA UN EPIPEN ?

TIENE ALGUNA RESTRICCION ALIMENTICIA

DETALLES SOBRE DICHA RESTRICCION ALIMENTICIA

NECESITA TOMAR ALGUN MEDICAMENTO EN CONCRETO DURANTE LA ESTANCIA EN EL CAMPUS

INFORMACION SOBRE COMO DEBE ADMINISTRARSE DICHO MEDICAMENTO Y POR QUE LO NECESITA TOMAR

PUEDE TOMAR IBUPROFENO , PARACETAMOL, ANTIHISTAMINICOS , ASPIRINA ...

INFORMACION SOBRE EL POR QUE NO PUEDE TOMAR ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS

TIENE PUESTA VACUNA DEL TETANO? , CUANDO?

TIENE ASMA , NECESITA INHALADOR?

ALGUN PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

EPILEPSIA, PERDIDA DE CONOCIMIENTO....

HA SUFRIDO ALGUN TIPO DE LESION GRAVE

INFORMAR DE ALGUN TIPO DE PROBLEMA DE SALUD QUE DEBE DE TENER CONOCIMIENTO EL CAMPUS

SI TIENE MEDICO PRIVADO , TIENEN QUE CONSULTAR LOS RESPONSABLES DEL CAMPUS ALGO CON DICHO MEDICO?

NOMBRE DEL MEDICO Y TELEFONO DE CONTACTO

Yo confirmo que toda la informacion medica sobre mi hijo/a en el formulario es correcto y en eventualidad de lesion dar mi permiso en que mi hijo/a puede ir a un hospital local; para tratamiento y evaluacion de la lesion, Rayos-X y todo el cuidado medico necesario. Y que seria responsable por todos los costes ocurridos (si hay alguno) por dicho cuidado medico.

FIRMA DEL PADRE-MADRE O TUTOR

