

FICHA MÉDICA



DATOS PERSONALES

CAMPAMENTO _____ AÑO _____

NOMBRE _____

EDAD _____ TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL CAMPAMENTO _____

Nº SEGURIDAD SOCIAL O NOMBRE Y Nº COMPAÑÍA ASEGURADORA

DATOS SANITARIOS

Antecedentes médicos y quirúrgicos (enfermedades que ha padecido y/o padece e intervenciones quirúrgicas) _____

¿Debe tomar algún medicamento durante su estancia en el campamento? (SI/NO) _____

¿Cual? _____ Dosis _____

¿Debe seguir algún tipo de régimen alimenticio durante su estancia en el campamento? (SI / NO)

¿Cual? _____

¿Tiene alguna alergia medicamentosa? (SI/NO) _____ (rellenar siempre) ¿A qué? _____

¿Tiene alguna alergia/intolerancia alimentaria? (SI/NO) _____ ¿Cuál? _____

AUTORIZACIÓN PATERNA

Yo _____ madre/padre/tutor de _____
(nombre niño/niña) declaro que la información contenida en esta ficha es cierta y no omito ningún dato que pueda ser relevante para la asistencia sanitaria de mi hijo/hija durante el campamento.

* Adjunto fotocopia cartilla Vacunación.

Firma y DNI

PROTECCIÓN DE DATOS

La entidad _____ y la Comisión Gestora del Campamento Virgen Blanca se comprometen a guardar la confidencialidad de los datos que aparecen en este documento y a utilizarlos únicamente para la asistencia sanitaria durante la actividad y a su destrucción una vez terminado el Campamento.

LA ASOCIACIÓN

EL CAMPAMENTO VIRGEN BLANCA