

FORMIGAL 2022

Somos expertos en hacer que tu experiencia sea *BREATHTAKING*



1 DATOS DEL JOVEN			
APELLIDOS		NOMBRE	DNI
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR	EDAD
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TLF. CONTACTO
2 FICHA SANITARIA			
SEGURO MÉDICO		Nº DE PÓLIZA SS	
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL		<input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO PRIVADO	
COVID (adjunta copia de los resultados de la prueba que esté en vigor a la fecha de salida o carta de vacunación)			
PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL?	
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O CONDICIÓN PSICOLÓGICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL?	
¿ESTÁ OPERADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿DE QUÉ?	
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS			
¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL?	
¿PRESENTA MÁS ALERGIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿A QUÉ?	
¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN O DIETA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL?	
MEDICACIÓN			
¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Adjuntar medicamento, receta médica e instrucciones de administración)		¿CÚAL?	DOSIS
		¿CÚAL?	DOSIS
PAUTAS (FORMA DE ADMINISTRACIÓN, HORARIO...)			
PAUTAS (FORMA DE ADMINISTRACIÓN, HORARIO...)			
¿QUÉ SE LE SUELE ADMINISTRAR PARA PATOLOGÍAS LEVES? (DOLOR DE DE CABEZA, DOLOR DE ESTÓMAGO, FATIGA...) ¿ES PROPENSO A ALGUNA DE ELLAS?			
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS			
3 DECLARO Y AUTORIZO			
DECLARO que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad. Y AUTORIZO a que, se le preste todas atenciones médicas de cualquier tipo que se requieran, en caso de urgencia, en el caso de no localizar telefónicamente a los padres.			
Así mismo, en el caso de que mi hijo/a muestre síntomas de cualquier enfermedad (gastroenteritis, catarro, gripe, mareos/ náuseas, etc) en las 72 horas antes de la salida al camp, me comprometo a que pase por consulta médica para establecer la fecha de incorporación al campamento.			
_____, ____ de _____ de 20__			
FIRMADO: _____			
NIF: _____			