

CAMPAMENTO DE VERANO NTRA SRA DEL CAMINO

NOMBRE Y APELLIDOS NIÑO-A _____

NOMBRE TITULAR CARTILLA SANITARIA _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____

DATOS MÉDICOS

Rodee y complete lo que proceda

- * ¿Es propenso a marearse en los trayectos de autocar SI NO
- * ¿Qué medicamento se le debe administrar?
-
-
- * ¿Padece alguna enfermedad en el momento actual SI NO
- * ¿Cual?
-
-
- * ¿Toma algún medicamento habitualmente? SI NO
- * ¿Cual?
-
-
- * ¿Tiene alergia a algún alimento, medicamento o ambiental? SI NO
- * ¿Cual?
-
-
- * ¿Está vacunado contra el tétanos? SI NO
- * ¿Cuándo se administró la última dosis?.....

HABILIDADES:

Sabe nadar SI NO (Muy bien.....Regular..... Poco)

AUTORIZO:

Que en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Firma del padre, madre o tutor-a: _____

DNI. _____

OBSERVACIONES: (operaciones previas, fobias, tratamientos, sonambulismo, advertencias....)

Si no tiene espacio suficiente pueda adjuntar cualquier hoja adicional o comunicárnoslo directamente.