

CAMPAMENTO CH-GA 2018

DATOS PERSONALES

Foto	NOMBRE			
	APELLIDOS			
	Fecha de nac.		Edad dur.campamento	
	Teléfono Casa		DNI	
	DOMICILIO			
Nº Tarjeta sanitaria			CURSO	
Nombre y apellidos Padre o Tutor			Telf. Padre o Tutor	
Nombre y apellidos Madre o Tutor			Telf. Madre o Tutor	

Indicar en caso necesario, quién tiene la custodia legal: Madre Padre Conjunta Otros: _____

CUESTIONES A TENER EN CUENTA

Enfermedades importantes que haya padecido y/o padece y conviene tener en cuenta (asma, epilepsia...)

Nombre	Fecha

Vacunación (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN)

Nombre de la última	Fecha

Alergias que padece

TIPO	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO (llevar desde casa)
<i>Fármacos</i>		
<i>Alimentos</i>		
<i>Otros</i>		

Tratamientos actuales (llevar desde casa)

Causa	Fármaco	Dosis	Horario

Habitualmente toma:

1. En caso de fiebre:
2. En caso de ():
3. En caso de ():

Problemas frecuentes de salud

- 1.
- 2.
- 3.

Otros

1. Duerme habitualmente:
2. Frecuencia de deposiciones:
3. ¿Qué tal come? (Bien, mal, regular):

Observaciones (Continuar A LA VUELTA)