

Don..... y Dña .....

padres del alumno/a .....

.....

hacemos constar:

1. Que los datos indicados en la presente ficha son ciertos, fiables y completos, no habiendo omitido ninguna enfermedad o patología conocida que pudiera afectar a la salud de nuestro hijo/a.

2. Que el alumno llevará al campamento la medicación necesaria en caso de enfermedad o tratamiento específico. En caso de que la Organización deba adquirir medicación adicional para el alumno (por pérdida, tratamiento de urgencia...) ésta deberá ser abonada por los padres o tutores a la vuelta del Campamento o actividad.

3. Que en el caso de administración de la medicación directamente por el niño/a, la Organización queda eximida de toda responsabilidad al respecto.

Fecha: Barcelona.....de.....de 2019

Firmado:

\_\_\_\_\_  
El padre/tutor:  
DNI:

\_\_\_\_\_  
La madre/tutora:  
DNI:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal los datos personales reseñados, están incorporados a los ficheros automatizados existentes en el COLEGIO JESUS-MARIA DE SAN GERVASIO, y que la titularidad de los mismos corresponde a la Entidad Titular de dicho Colegio.

Pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo utilizar para ello cualquiera de los canales de comunicación del Colegio arriba mencionado, bien sea dirigiéndose por escrito al mismo, o a través del correo electrónico o, en general, por el medio de comunicación que habitualmente utilice.

CAMPAMENT CASTELL DE L'ARENY  
COL·LEGI JESÚS-MARIA SANT GERVASI

## FICHA MÉDICA ALUMNO

Nombre y apellidos de alumno/a

\_\_\_\_\_

D.N.I (si lo tiene) \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto durante el campamento

\_\_\_\_\_

Correo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nº Seg. Social: \_\_\_\_\_

Peso, talla y edad:

Enfermedades que ha padecido:

¿Padece algún problema respiratorio? NO \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Alergias? NO \_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿De qué tipo?:

En caso afirmativo, especificar el tratamiento:

¿Está al día en el calendario de las vacunaciones correspondientes a su edad?

Fecha de la última aplicación

¿Tiene alguna alergia o intolerancia alimenticia especial? Sí \_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Es alérgico/a a algún medicamento o tratamiento? Sí \_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especificar en caso afirmativo:

Toma algún tipo de medicación o sigue un determinado tratamiento médico o farmacológico? Especificarlo:

¿Puede tomar solo/a la medicación indicada en el cuadro anterior?:

¿Alguna otra cuestión que se crea conveniente comentar?:

En caso de necesidad, (dolor de cabeza, dolor menstrual, dolor muscular,...) qué es lo que toma:

Autorizo a que se le administre: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Si se da el caso, como padres/tutores del alumno, autorizamos al enfermero de las colonias, como profesional de la salud, a administrar pequeñas curas y medicamentos como analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios de formulación infantil y que se entregan sin receta.**

**IMPORTANTE:** Los medicamentos deben usarse sólo en caso de absoluta necesidad. En este sentido, es importante que colaboremos todos en la educación de los niños/as.