



**CAMPAMENTO URBANO NAVIDAD 2018-2019**  
**ELMER EL ELEFANTE DE COLORES**

<b>DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellidos:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	Localidad:
Nombre del padre:	Teléfono:
Nombre de la madre:	Teléfono:
Correo electrónico:	
Tiene seguro médico: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?:
¿Alergias o tratamientos médicos?(en caso afirmativo rellenar la ficha médica): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>AUTORIZACIONES DE RECOGIDA</b>	
Nombre de las personas autorizadas a recoger al alumno:	DNI:

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** los datos recogidos en este documento se incorporan al fichero de datos de comensales/ inscripciones, que incluye los datos necesarios para la facturación de los servicios de alimentación y cuidado de los niños. Tendrán acceso a los datos incluidos en este fichero los profesionales de la empresa, las entidades bancarias a través de las que se realicen los pagos y las administraciones públicas relacionadas. Los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación podrán ejercitarse solicitándolo por escrito a: SECOE S.L C/ Playa de Benicassim, 9, Urb. Valdecabañas – Boadilla del Monte (28660 Madrid).

**CAMPAMENTO URBANO NAVIDAD 2018-2019**  
**ELMER EL ELEFANTE DE COLORES**

**NO OLVIDE RELLENAR LA FICHA MÉDICA. ROGAMOS FACILITE A LA COORDINADORA DEL CAMPAMENTO UNA COPIA DEL INFORME MÉDICO EN CASO DE ALERGIAS O INTOLERANCIAS**

**FICHA MÉDICA DEL ALUMNO**

**ENFERMEDADES PADECIDAS O PROPENSIÓN A ELLAS**

¿HA SIDO INTERVENIDO EN ALGUNA OCASIÓN?

¿DE QUE?

GRUPO SANGUÍNEO:

**REACCIONES ALÉRGICAS O MEDICAMENTOSAS**

Antibióticos       Sulfamidas       Picaduras de insectos       Plantas

Polvo       Alimentos       Otras (especificar):

Especificar con claridad a qué: .....

TRATAMIENTO EN CASO DE REACCIÓN:

Firmar autorización en el caso en el que se precise:    SI       NO

Llamar al padre/madre/tutor: ..... Teléfono:.....

**MEDICACIÓN**

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? (Firmar autorización en el caso en el que se precise):

¿PARA QUÉ?

¿QUÉ MEDICACIÓN?

¿CUÁL ES LA DOSIFICACIÓN?

**VACUNAS Y REVACUNACIONES**

¿TIENE PUESTAS TODAS LAS VACUNAS? (Sólo si se conoce con absoluta seguridad)

¿HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ CON SUERO ANTITETÁNICO?

¿Cuándo? (fecha exacta si se conoce?)

**OBSERVACIONES**

**CAMPAMENTO URBANO NAVIDAD 2018-2019**  
**ELMER EL ELEFANTE DE COLORES**

**ORGANIGRAMA GENERAL DEL CAMPAMENTO**

---

**07:30**

**9:00**

**LOS PRIMEROS DEL CAMPAMENTO**

desayuno y acogida

**9:00**

**Asamblea del día**

**11:00**

**Juegos dirigidos (distensión, cooperación, activación)**

**11:00**

**TENTEMPIÉ Y DESCANSO**

**11:30**

**juego libre**

**11:30**

**13:00**

**Dinámicas grupales**

**13:00**

**14:30**

**COMIDA Y TIEMPO LIBRE**

**14:30**

**16:00**

**Talleres temáticos, juegos y deportes**

**16:00**

**SALIDA**

---

CAMPAMENTO URBANO NAVIDAD 2018-2019  
**ELMER EL ELEFANTE DE COLORES**

**AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**

La presente autorización solo será válida para la medicación y el tiempo indicados.

Es necesario aportar la prescripción médica correspondiente y rellenar completamente el presente documento con las indicaciones.

En ningún caso, los monitores ni el personal de cocina se harán cargo de la administración de la medicación. Serán el Coordinador del Campamento y/o la Supervisora del mismo los responsables de la medicación. Por tanto, la medicación y la autorización se hará llegara los responsables del campamento.

Los padres/tutores del alumno EXIMEN A SECOE S.L. DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD Y COMPLICACIÓN DERIVADA DE LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO.

Yo, D/Dña .....con DNI/NIE....., como padre/madre/ tutor del alumno ..... participante en el campamento urbano de navidad “Elmer el elefante de colores”, celebrado en el CEIP Loyola de Palacio **SOLICITO Y AUTORIZO** al Coordinador del campamento y/o a la Supervisora del mismo, a suministrar a mi hijo la siguiente medicación:

<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	
<b>FECHA DEL INICIO DEL TRATAMIENTO</b>	
<b>FECHA DE FIN DEL TRATAMIENTO</b>	
<b>POSOLOGÍA</b>	
<b>HORARIO DE ADMINISTRACIÓN</b>	

Firma del padre/madre/tutor

**RECORDAMOS QUE ES IMPRESCINDIBLE APORTAR LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA/RECETA CORRESPONDIENTE.**