



FICHA MÉDICA CAMPAMENTOS TROBADA D'AMICS 2025

Indicaciones previas:

Rellene todos los campos del siguiente formulario.

El niño/a debe llevar la cantidad suficiente de cada medicamento para todo el campamento. Los medicamentos serán recogidos por el Responsable Sanitario en la enfermería del campamento y deben ir acompañados de un informe donde se especifique el tratamiento y horario de la toma.

El primer día de campamento el monitor asignado a su hijo/a le recogerá la tarjeta de la seguridad social original o del seguro privado correspondiente.

En caso de urgencia, la ficha médica es la única manera de tomar las precauciones oportunas. Por favor, rellene la ficha médica con información veraz y avísenos si hay algún error o cambio de aquí al campamento que pueda ser importante.

Datos personales

Nombre _____

Apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ DNI _____

N.º Seguridad social _____ Seguro Privado _____

Persona de referencia _____ Teléfono _____

Peso (kg) _____ Altura (cm) _____ Talla de camiseta _____

Información Médica

¿Presenta alguna enfermedad que requiere tratamiento? SI _____ No _____

En caso afirmativo, indique el diagnóstico y tratamiento:

Indica si ha presentado alguna de estas enfermedades

Enfermedad celíaca _____ Asma bronquial _____ Mareos/Síncopes _____ Diabetes _____



Otras enfermedades:

Alergia/Intolerancia lactosa:

Solo Leche _____

Todos los alimentos con lactosa _____

¿Alergia a medicamentos? SI _____ No _____

En caso afirmativo, indique a cuáles:

¿Alergia a los alimentos? SI _____ No _____

En caso afirmativo, indique a cuáles:

¿Otras alergias? SI _____ No _____

En caso afirmativo, indique a cuáles:

¿Necesita dieta especial? SI _____ No _____

En caso afirmativo, indique el tipo de dieta:



¿Tiene algún problema físico que le impida actividades como: nadar, correr, andar, etc.?

SI ____ No ____

En caso afirmativo, indique cual:

¿Presenta enuresis, alteración del sueño, sonambulismo, etc.? SI ____ No ____

En caso afirmativo, indique cual:

¿Está al corriente con el calendario de vacunación? SI ____ No ____

Autorizo al personal médico del campamento a suministrar medicamentos si la situación lo necesita.

SI ____ No ____

Declaro que:

Todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, que no falta ningún dato que pueda afectar al normal desarrollo de las actividades, y así mismo, autoriza a los Servicios Médicos a tomar las decisiones que puedan requerirse en caso de necesidad.

DNI

Firma del padre/madre/tutor

PERMISOS:

Yo _____ madre/padre o
tutor de _____

- Autorizo a la Asociación Juvenil Trobada D`Amics y al equipo educativo a **trasladar** en vehículo particular al niño/niña en aquellos casos que los monitores y responsables de la actividad lo consideren necesario por motivos de salud o coordinación.
- Si por alguna razón (enfermedad, expulsión, petición personal....) mi hijo/a tuviera que **abandonar la actividad**, me comprometo a poder hacerme cargo de él/ella en un plazo acordado desde que esto me sea comunicado telefónicamente. De no poder hacerlo, aseguro que alguna persona mayor de edad autorizada expresamente por mí se responsabilizará de él/ella en mi lugar.
- Conozco y acepto las condiciones del Campamento que han sido explicadas y aclaradas en la reunión informativa previa. Sé que el **programa de actividades** podrá ser modificado por el equipo educativo si lo considera necesario para pasar unos días agradables.
- ENTIENDO y ACEPTO que esta inscripción podrá verse **CANCELADA** por parte de la ASOCIACIÓN JUVENIL Juvenil Trobada D`Amics , en los supuestos que se deriven de la situación sanitaria o de otra casuística que así se considere.
- ACEPTO y AUTORIZO a que el niño/niña participe en el Campamento de la ASOCIACIÓN JUVENIL Juvenil Trobada D`Amics.

DNI

Firma del padre/madre o tutor