

Asociación Juvenil SÁMARA

C/ Juan Bautista Gil, 23 – 46100 Burjassot

963 63 99 11

www.samaraweb.org

**FICHA SANITARIA**

Queridos padres:

Como siempre, en Sámara, nuestro objetivo es proporcionar a vuestros hijos la mejor atención, y es por ello que consideramos necesario tener un conocimiento más concreto de los posibles eventos de índole sanitaria que puedan producirse durante nuestra estancia en el Campo de trabajo.

Os pedimos que rellenéis esta pequeña ficha que aparece a continuación.

Queremos recordaros que NO SE ADMINISTRARÁ NINGUNA MEDICACIÓN QUE NO ESTÉ AUTORIZADA POR VOSOTROS, o en caso de necesidad, ÚNICAMENTE SE HARÁ SI HABÉIS RELLENADO LA CASILLA EN LA CUAL INDICÁIS QUE NO PRESENTA ALERGIAS.

Deberéis adjuntar esta ficha con la autorización habitual y el dinero dentro del primer plazo indicado en la carta del Campo de trabajo. Como siempre, mantendremos la confidencialidad de la información.

Muchas gracias por vuestra colaboración.

Fdo. Los monitores de 2ºBach

Entrega solo la parte inferior de esta hoja

**Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**Apellidos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALERGIAS A…**

MEDICAMENTOS: NO SI (Especificar)

Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTROS: NO SI (Especificar)

Alimentos, plantas, animales, etc.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE DEBAMOS CONOCER:** NO SI: (Especificar)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO ACTUAL:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del medicamento:** | **Administrar diariamente / en caso de** | **Dosis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

En caso de que vuestro hijo requiriera la administración de algún tratamiento concreto durante la actividad actual, deberá ponerse en contacto **con sus monitores antes** de la misma. Recordad que vuestro hijo **deberá llevar al campamento su TARJETA SIP y DNI.**

En caso de que vuestro hijo requiriera la administración de algún tratamiento concreto durante la actividad actual, deberá ponerse en contacto **con sus monitores antes** de la misma.

Recordad que vuestro hijo **deberá llevar al camino su TARJETA SIP y DNI original.**

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

D. / Dña. \_\_\_ \_ \_ \_ , con DNI \_ \_ \_ como madre/padre/tutor de \_ \_ \_ \_ \_ Número de teléfono del padre/madre o tutor \_ \_ \_ \_ \_

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

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

Le informamos de que sus datos personales y los de su representado legalmente van a ser tratados con toda la confidencialidad y la seguridad que requieren y exigen. Estos datos serán utilizados única y exclusivamente para la actividad “Campo de trabajo de Verano 2015” y posteriormente se procederá a la destrucción y eliminación de esta información. Ante cualquier problema podrá dirigirse a la ASOCIACIÓN JUVENIL SÁMARA, Calle Juan Bautista Gil, 23 Burjassot (Valencia).

Usted consiente expresamente conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente a la ASOCIACIÓN JUVENIL SÁMARA con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.

Firma:

En \_ \_ , a \_ de \_ \_ de \_