

# Datos médicos y personales

## GRUPO SCOUT KIPLING

UNIDAD: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ POBLACIÓN: \_\_\_\_\_  
FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DNI: (>13 años) \_\_\_\_\_ TLF. CASA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ H / M \_\_\_\_\_  
MÓVIL NIÑ@: \_\_\_\_\_ E-MAIL NIÑ@: \_\_\_\_\_ Nº SIP \_\_\_\_\_

Deseo que mi hij@ reciba las fotos del campamento y otros avisos por e-mail. **Sí No**

Deseo que mi hij@ vaya a misa durante el Campamento. **Sí No**

### **CONTACTO CON LOS PADRES:**

<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
Nombre y apellidos	
_____	_____
Móvil	
_____	_____
E-Mail	
_____	_____
<b>MARCAR CON UN CÍRCULO EL/LOS TELÉFONOS PARA LA CADENA TELEFÓNICA</b>	
Deseo recibir las fotos del campamento y otros avisos por e-mail.	
Sí No	Sí No
<b>¿Cómo te enteraste de la realización del Campamento?</b>	
Estoy en el Kipling Web Cartel Colegio Alemán Vine el año pasado Ayto. de Valencia A través de amigos Familia E-mail OTROS (a especificar)	

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor RH \_\_\_\_\_

### **SEGURO DE ENFERMEDAD AL QUE PERTENECE**

Seguridad Social: Sí No Nº de asegurado (NSS) \_\_\_\_\_

Otros seguros (especificar) \_\_\_\_\_

Nº de póliza \_\_\_\_\_

### **ALERGIAS**

¿Es alérgico a algún tipo de medicamento? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padece algún tipo de enfermedad alérgica? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

## PROPENSO A

Anginas Resfriados Mareos Dolores de cabeza

Bronquitis Insomnio Enuresis nocturna

Otras (especificar) \_\_\_\_\_

¿Es asmático o lo ha sido? Sí No

Detalle el tratamiento \_\_\_\_\_

¿Es epiléptico? Sí No

Detalle el tratamiento \_\_\_\_\_

¿Está afectado por alguna discapacidad física o psíquica? Sí No

Detállelo \_\_\_\_\_

## VACUNAS

Calendario vacunal completo Sí No

Tétanos Fecha \_\_\_\_\_ Tifus Fecha \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la gammaglobulina antitetánica?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

## ENFERMEDADES

Enfermedades padecidas

\_\_\_\_\_

Sarampión Hepatitis Cardíacas

Intervenciones quirúrgicas

\_\_\_\_\_

¿Padece actualmente alguna enfermedad (crónica o no)? Sí No  
(Indicar cuál y qué tratamiento sigue):

Adjuntar informe médico

## RÉGIMEN DE COMIDAS

¿Padece algún trastorno alimentario? Sí No ¿Cuál?

¿Sigue algún régimen especial de comidas? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún alimento? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

## NOTAS DE INTERÉS

¿Sabe nadar? Sí No ¿Puede bañarse? Sí No

¿Quiere que su hijo acuda a misa? En caso contrario, realizará la actividad de área blanca en el campamento.

Sí No

¿Quiere recibir la información ordinaria del campamento vía Whatsapp o vía telefónica? \_\_\_\_\_

Otros datos de interés para los responsables del campamento:

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

## AUTORIZACIÓN

Autorizamos la participación de nuestro/a hijo/a \_\_\_\_\_ en el campamento del Grupo Scout Kipling que tendrá lugar entre los días 15 y 30 de julio de 2017 en Bohi (Lérida).

Asimismo, estamos de acuerdo y autorizamos, en caso de necesidad y después de no haber podido localizarnos, y previo consejo médico, a tomar las decisiones necesarias.

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

Lugar, fecha y firma:

, a / /2017

*Recuerda adjuntar grapada la fotocopia del SIP del niño.*



Info sobre el campamento: [www.gskipling.es](http://www.gskipling.es) - [info@gskipling.es](mailto:info@gskipling.es)