

CUESTIONARIO MÉDICO E AUTORIZACIÓN MÉDICA DE PARTICIPANTES NO CAMPAMENTO DE VERÁN 2025

Nome e apelidos do neno/a:

DNI:

Data de nacemento:

Nome e apelidos da proxenitor/a ou titor/titora:

DNI:

1.- Datos médicos do/da menor:

- Si ten diagnosticado algún tipo de alerxia, presenta risco de crises alérxicas por exposición a alérxenos alimentarios ou doutro tipo e/ou ten diagnosticado algún trastorno convulsivo ou epilepsia, especifique a continuación e axunte informe médico:

- Outras enfermidades ou condicións médicas que deban ser coñecidas polo persoal do campamento:

2.- Autorización médica:

AUTORIZO a toma das decisións médicas e a administración de medicamentos que sexan precisos en caso de urxencia extrema, sempre baixo a correspondente supervisión médica. Esta autorización permanecerá vixente durante o período de asistencia ao campamento, plan madruga, servizo de transporte.

3.- Participa no Programa de alerta escolar?

SI

☐

NON

☐

Rianxo,

de

de 2025

Asinado: