

FICHA DE INSCRIPCIÓN

PARTICIPANTE

Apellidos: Nombre:

Avda./Calle/Plaza:

C.P.: Población: Provincia:

Fecha nacimiento: Edad:

Teléfonos:

Email: @ ¿Sabe nadar? Sí No

Semanas elegidas:

¿Es la primera vez que participas? Sí No

Si tienes código descuento indica cual:

FICHA VALORACIÓN ENFERMERÍA

Número de la cartilla de la Seguridad Social o similar donde se incluya al niño

(ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE SEGURIDAD SOCIAL O SEGURO MÉDICO PRIVADO)

ANTECEDENTES

- **Alergia a medicamentos:**

Sí

No

Especificar fármaco/s:

- **Alergia alimenticias:**

Sí

No

Especificar alimento/s:

- **Alergias (otras):**

Sí

No

Especificar:

- **Intolerancias:** Sí

No

- **Calendario vacunas completo:** Sí No

- **Diabético:** Sí No

 Especificar:

Insulinodependiente. Dosis:

Antidiabéticos orales Dosis:

- **Tratamiento Farmacológico actual:**
 Especificar fármaco/s, Dosis y patología tratada:

- **Otras Patologías y/o Intervenciones Quirúrgicas, Situación Familiar:**

ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Dieta habitual (tipo de alimentos, consistencia):

Problemas de: Masticación Deglución

Apetito: Bueno Conservado Malo

Ingesta líquidos/día: < 1 litro 1-2 litros > 2litros

Cavidad oral: Normal Prótesis/ortodoncia
 Vómitos (frecuencia)

Otros datos de interés.....
.....
.....

REPOSO / SUEÑO

Duerme Bien: Sí NO

Necesita medicación para conciliar el sueño:
 Sí NO

Especificar.....

Otro tipo de ayuda.....

Duerme durante el día: Sí NO

Otros datos de interés.....
.....



SEGURIDAD

Refiere dolores habitualmente: Sí NO

Especificar.....

Intensidad del dolor:

Leve Moderado Fuerte Muy Fuerte

Actitud ante el campamento:

Colaborador Negativo Ansioso

Deficiencias visuales, auditivas:

Medicación que toma habitualmente para los dolores:

Otros datos de interés

.....

RESPIRACIÓN / CIRCULACIÓN

Dificultad para respirar en:

Reposo Esfuerzo

Especificar:.....

Posición, medicamentos o hábitos que mejoran o dificultan su respiración

.....

Color de piel: Palidez Normal

Otros datos de interés

.....

.....

ELIMINACIÓN

Patrón urinario:

Normal Problema

(especificar).....

Patrón intestinal:

Normal Usa laxantes

Estreñimiento Diarrea

Enfermedad (especificar)

.....

Otros datos:

.....

.....

TERMORREGULACIÓN / HIGIENE

Es sensible a cambios de temperatura:

Sí NO

Piel: Hidratada

Hematomas (localización).....

Heridas (localización).....

Integra

Higiene: Independiente Dependiente

Otros datos de interés:

.....

...

MOVILIDAD

De ambulación normal: Sí NO

Uso de prótesis: Sí NO Especificar.....

Otros datos de interés.....

.....



PADRES - AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a

a participar en el Campus de Inmersión Lingüística en Navacerrada.

Nombre del padre/madre/tutor:

NIF:

Parentesco:

Fecha:

Firma:

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA

Personas autorizadas para la recogida:

JC MADRID DEPORTE Y CULTURA S.L es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa que serán tratados de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), siendo la finalidad del tratamiento la realización de actividades de ocio y formación Sus datos se conservarán mientras haya un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y no se comunicarán a terceros sin su consentimiento.

Derechos que le asisten: Derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de los datos y de limitación u oposición al tratamiento. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Podrá ejercer los derechos a CALLE OCAÑA, 14 28047 MADRID (MADRID).

Si No Autorizo los siguientes tratamientos:

Participar de las actividades del Responsable.

En caso de necesidad, llevarlo al médico acompañado Por educadores / as del responsable.

Recibir información sobre las actividades del Responsable.

Grabación de imágenes y vídeos de las actividades para ser utilizada en publicaciones y otros medios de comunicación del Responsable incluidas las redes sociales del mismo.

Yo,..... como madre / padre o tutor, con NIF / NIE / Pasaporte..... con domicilio a..... núm....., CP....., Población....., consiento el tratamiento de los datos en los términos expuestos.

MADRID, en fecha.....

Firma: