

CAMPAMENTO XAIRE OZA 2010



Queridos padres:

Con motivo del próximo campamento en Oza, nos ponemos en contacto con vosotros para pedir una pequeña colaboración.

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

Os pedimos que rellenéis esta pequeña ficha que os adjuntamos en el reverso. En ella deberéis especificar las alergias que presente, así como las medicaciones que esté tomando o que autoricéis a que tome durante el campamento. 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 **antes de que finalice el curso** en un sobre con el nombre y el curso del niño/a **en portería** (en la carpeta de Xaire). Como siempre, mantendremos la confidencialidad de la información.

Muchas gracias por vuestra colaboración. El equipo Xaire

Nombre: _____
Apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____

ALERGIAS

MEDICAMENTOS: NO SI: (Especificar)
Nombre del medicamento Nombre del medicamento

OTROS: NO SI: (Especificar)
Alimentos, plantas, animales, etc. 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 su 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 consigo su TARJETA SIP**.

La foto
NO
es
imprescindible

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 "Campamento de Verano 2010" y posteriormente se procederá a la destrucción y eliminación de esta información. Ante cualquier problema podrá dirigirse a ASOCIACIÓN JUVENIL XAIRE, Avda. Blasco Ibañez 35, C.P. 46021, Valencia (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 XAIRE con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad. Declaro ser mayor de edad,

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma: