



## ELEMENTOS SUGERIDOS PARA EL CAMPAMENTO

### VESTIMENTA

- 3 remeras
- 2 pantalones largos
- 2 pantalones cortos
- 2 buzos o camperas
- 2 zapatillas
- Ropa para carnaval o malla
- 2 pares de medias
- 1 muda de ropa interior
- Gorro para sol

### ➤ ELEMENTOS DE HIGIENE PERSONAL

- 1 toalla
- Jabón, shampoo
- Cepillo de dientes y pasta dental
- Vaso de plástico

### ➤ NO TRAER

- Elementos de valor (celular, dinero, etc) **NI TAMPOCO MALA ONDA**

\*Incluye todas las comidas, carpas, bolsas de dormir y los profes, lo único que tenes que llevar es ropa.



## INSCRIPCIÓN

- APELLIDO : ..... NOMBRES: .....
- DOMICILIO.....
- LOCALIDAD.....
- DNI.....N° DE AFILIADO:.....
- N.º DE BENEFICIARIO.....
- TELÉFONOS : ...../...../.....
- EDAD : ..... FECHA DE NAC :.....
- NOMBRE DE LA MADRE : .....
- NOMBRE DEL PADRE : .....
- ES RETIRADO POR : .....
- EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A : ..... TE : .....
- E-MAIL DE REFERENCIA : .....
  
- SEGÚN MI LEAL CONOCIMIENTO , DECLARO QUE SON VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO. Y AUTORIZO A MI HIJO/A .....A CONCURRIR AL CAMPAMENTO.
  
- FIRMA DEL PADRE , MADRE O TUTOR : .....
- ACLARACIÓN : .....D.N.I : .....



➤ **FICHA DE SALUD**

- ES ALERGICO A : .....  
¿SIGUE ALGUN TRATAMIENTO? ..... CUAL? .....
- ¿CON QUE MEDICACIÓN? .....
- ENFERMEDADES QUE PADECE O A LA QUE ES PROPENSO  
.....
- ¿TUVO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA?  
.....
- ¿QUE OBRA SOCIAL TIENE? .....
- ¿MEDICACIÓN CRÓNICA O EVENTUAL?.....
- NOMBRE MEDICACIÓN – HORARIOS Y DOSIS.....  
.....
- OBSERVACIONES.....  
.....  
.....
  
- SEGÚN MI LEAL CONOCIMIENTO , DECLARO QUE SON VERÍDICOS TODOS  
LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO. Y  
AUTORIZO A MI HIJO/A .....A CONCURRIR AL  
CAMPAMENTO.
  
- FIRMA DEL PADRE , MADRE O TUTOR : .....
- ACLARACIÓN : .....D.N.I : .....



## DATOS ACTUALIZADOS DE SALUD

**APELLIDO Y NOMBRE:**.....

**FECHA:**.....

**DIANÓSTICO:**.....

**MEDICACIÓN:**.....

**CANTIDAD:**.....

### HORARIOS DE TOMA DE MEDICACIÓN

	DÍA 1				DÍA 2			
<b>HORA DE TOMA</b>								

	DÍA 3				DÍA 4			
<b>HORA DE TOMA</b>								

FIRMA DEL PADRE , MADRE O TUTOR : .....

ACLARACIÓN : .....D.N.I : .....

**IMPORTANTE: los medicamentos serán suministrados por los padres en los horarios correspondientes al tratamiento.**