

CUESTIONARIO DE SALUD Y AUTONOMÍA PERSONAL Y DECLARACIÓN DE SABAR NADAR

- BS303A - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO (INDIVIDUAL)
- BS303F - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO (MÚLTIPLE)
- BS303G - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO - PLAZAS RESERVADAS A DISCAPACIDAD (INDIVIDUAL)
- BS303H - PLAZAS JUVENILES, PROGRAMA CAMPAÑA DE VERANO - PLAZAS RESERVADAS A DISCAPACIDAD (MÚLTIPLE)

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (MENOR)

NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

PLAZA ADJUDICADA

INSTALACIÓN JUVENIL ACTIVIDAD FECHA CÓDIGO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NIF

EN CALIDAD DE PADRE/MADRE/TUTOR/A

DATOS DE SALUD

VACUNAS:

¿SUFRE ALGÚN PROCESO ALÉRGICO? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CUÁLES (en este caso debe adjuntarse informe médico justificativo).

¿TIENE EPILEPSIA? NO SÍ EN CASO AFIRMATIVO, ¿ESTÁ CONTROLADA? NO SÍ

¿TIENE AUSENCIAS Y/O CONVULSIONES? NO SÍ

¿TIENE DIABETES? NO SÍ EN CASO AFIRMATIVO, ¿UTILIZA INSULINA? NO SÍ

¿PRECISA ALGUNA DIETA ESPECIAL O TIENE INTOLERANCIA ALIMENTARIA? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUÁL/CUÁLES (debe adjuntarse informe médico relativo a las intolerancias, en su caso).

¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE CON RIESGO DE CONTAGIO? NO SÍ

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE QUÉ PRECAUCIONES SE REQUIEREN:

¿PRECISA ALGUNA ATENCIÓN ESPECIAL O APOYO? Sonda Cánulas Otras

INDICAR CUAL/CUÁLES:

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD, TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME O DISCAPACIDAD QUE PADECE (en su caso):

DATOS DE SALUD (continuación)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (cumplimentar, en su caso, y si fuese necesario adjúntese un documento en el que se relacione con detalle)

Nombre	Dosis	Administración

OTROS TRATAMIENTOS ACTUALES

OTRAS OBSERVACIONES QUE CONSIDERE OPORTUNO RESALTAR

 ¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS? NO SÍ

¿QUE TIPO DE LIMITACIÓN/ONES PRESENTA? (en el caso de persona con discapacidad)

 Física Psíquica Sensorial Otra (especifíquese)

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

DATOS DE AUTONOMÍA PERSONAL (en el caso de persona con discapacidad)

 ¿SE LEVANTA Y SE ACUESTA SOLO/SOLA? NO SÍ INDICAR QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

 ¿COME SOLO/SOLA? NO SÍ INDICAR QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

 ¿SE ASEA SOLO/SOLA? NO SÍ INDICAR QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

 ¿SE VISTE SOLO/SOLA? NO SÍ INDICAR QUÉ TIPO DE AYUDA PRECISA

 ¿CONTROLA ESFÍNTERES? NO SÍ

 ¿UTILIZA PAÑALES? NO SÍ INDICAR CUÁNDO:

 ¿PRESENTA PROBLEMAS DE MOVILIDAD? NO SÍ

 ¿NECESITA AYUDA PARA ANDAR? NO SÍ

 ¿UTILIZA SILLA DE RUEDAS? NO SÍ

 ¿UTILIZA ANDADOR? NO SÍ

 ¿SE ADJUNTAN INFORMES COMPLEMENTARIOS? NO SÍ (en caso afirmativo, indicar cuáles):

INDICAR LA NECESIDAD DE AYUDAS TÉCNICAS/APOYOS QUE NECESITA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

OTRAS OBSERVACIONES QUE PADRES, MADRES O TUTORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS

EN CASO DE URGENCIA, AVISAR A

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NIF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO	NOMBRE DE LA VÍA		NÚM.	BLOQ.	PISO	PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	AYUNTAMIENTO		LOCALIDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	CORREO ELECTRÓNICO		PARENTESCO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SABER NADAR

La persona solicitante (menor) SABE NADAR, para los efectos de la participación en actividades acuáticas del campamento adjudicado en la Campaña de verano de la Xunta de Galicia.

LA PERSONA REPRESENTANTE DECLARA:

Que todos los datos contenidos en este formulario son ciertos.

Que autoriza las decisiones médico-quirúrgicas que fuese necesario adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa médica.

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE (madre/padre/tutor/a)

Lugar y fecha

 , de de