



COÑECE GALICIA 2023

ANEXO I

CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL E DECLARACIÓN DE SABER NADAR

<input type="checkbox"/> SOLICITUDE INDIVIDUAL
<input type="checkbox"/> SOLICITUDE MÚLTIPLE (presentarase un anexo por cada persoa menor admitida)

DATOS DA PERSOA MENOR			
NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF

PRAZA ADXUDICADA	
NOME DO PROGRAMA (por exemplo: 011 VALDOVIÑO MARIÑO III)	QUENDA (por exemplo: 3 ao 7 de XULLO)

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (PAI, NAI, TITOR/A)			
NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/NIE

EN CALIDADE DE PAI/NAI/TITOR/A



DATOS DE SAÚDE

- Vacinas:
- Sofre algún proceso alérxico? :  Non  Si  
En caso afirmativo, indique cales:  (neste caso debe achegarse informe médico xustificativo).
- Ten epilepsia? :  Non  Si En caso afirmativo, está controlada?:  Non  Si
- Ten ausencias e/ou convulsións?:  Non  Si
- Ten diabetes?:  Non  Si En caso afirmativo: utiliza insulina?:  Non  Si
- Precisa algunha dieta especial ou ten intolerancia alimenticia?  Non  Si  
En caso afirmativo indique cal/cales (debe achegarse informe médico relativo ás intolerancias, de ser o caso):

- Ten algunha enfermidade transmisible con risco de contaxio?  Non  Si  
En caso afirmativo indicar que precaucións se requiren:

- Precisa algunha atención especial ou apoio?: sonda  cánulas  outras

Indique cal/ cales:

- Diagnóstico da enfermidade, trastorno, alteración, síndrome, ou discapacidade que padece (de ser o caso):

- Tratamento farmacolóxico (cubrir, de ser o caso, e se fose preciso, achegar un documento no que se relacione con detalle):

- Nome	- Dose	- Administración
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Outros tratamentos actuais:

Outras observacións que considere oportuno resaltar:

Achéganse informes complementarios?  Non  Si



ANEXO I (continuación)

QUE TIPO DE LIMITACIÓN/S PRESENTA? (SÓ no caso de persoa con discapacidade)

Física  Psíquica  Sensorial  Outra (especificuese) Cal?

\_\_\_\_\_

CAL É O SEU DIAGNÓSTICO?

\_\_\_\_\_

DATOS DE AUTONOMÍA PERSOAL (SÓ no caso de persoa con discapacidade)

• Érguese e deitase só/soa?:  Non  Si Indicar que tipo de axuda precisa:

\_\_\_\_\_

• Come só/soa?:  Non  Si Indicar que tipo de axuda precisa:

\_\_\_\_\_

• Aséase só/soa?:  Non  Si Indicar que tipo de axuda precisa:

\_\_\_\_\_

• Vístese só/soa?:  Non  Si Indicar que tipo de axuda precisa:

\_\_\_\_\_

• Controla esfínteres?:  Non  Si Indicar que tipo de axuda precisa:

\_\_\_\_\_

• Utiliza cueiros?:  Non  Si Indicar cando:

\_\_\_\_\_

• Presenta problemas de mobilidade?  Non  Si

• Precisa axuda para andar?  Non  Si

• Utiliza cadeira de rodas?  Non  Si

• Utiliza andador?  Non  Si

• Achéganse informes complementarios?:  Non  Si en caso afirmativo indicar cales:

\_\_\_\_\_

INDICAR A NECESIDADE DE AXUDAS TÉCNICAS/ APOIOS QUE PRECISA PARA O DESENVOLVEMENTO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA

\_\_\_\_\_



OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE OS/AS PAIS, NAIS OU TITORES/AS CONSIDEREN OPORTUNAS

--

**NO CASO DE URXENCIA AVISAR A**

NOME		PRIMEIRO APELIDO		SEGUNDO APELIDO		NIF	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIPO	NOME DA VÍA			NÚMERO	BLOQUE	ANDAR	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA		CONCELLO	LOCALIDADE			
<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"/>		



ANEXO I (continuación)

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE SABER NADAR**

A persoa solicitante (menor) SABE NADAR, para os efectos da participación en actividades acuáticas do minicampamento adxudicado

**A PERSOA REPRESENTANTE DECLARA**

Que todos os datos contidos neste formulario son certos.

Que autoriza as decisións médico- cirúrxicas que fora preciso adoptar no caso de extrema urxencia, baixo a adecuada dirección facultativa médica.

**SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE (nai/pai/titor/a)**

Lugar e data

,  de  de