

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN. Para niños de 8 a 12 años

(rellenar los espacios punteados)

NOMBRE del niño/aEDAD

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR

DIRECCIÓNCP:

LOCALIDADPROVINCIA

TELÉFONO

Deseo que mi hijo/ a , acuda al XVII CAMPAMENTO PARA NIÑOS CON ASMA , en Andalucía, que tendrá lugar en el centro de Recursos Ambientales del Pto de Sta. María (Cádiz) del 9 al 15 de Agosto del 2009. Autorizo a los médicos responsables a tomar cualquier determinación en cuanto al tratamiento del niño/a. En caso de emergencia, de no poder localizarme, autorizo a los médicos del campamento a tomar decisiones pertinentes en bien de la salud de mi hijo/a.

Fecha..... 2009 Firma

Acompañar a esta Solicitud Informe médico del Especialista (Alergólogo, Pediatra, Neumólogo, Médico de Familia) donde conste patología predominante y si hay alergias alimentarias, a fármacos o de otro tipo.

El precio del campamento será de 120 Euros, 60 € a la reserva de la plaza y 60 € al menos una semana antes de la celebración del campamento. La coordinadora se reserva el derecho de becar algunos niños que por sus condiciones económicas familiares, no puedan sufragar el coste. El dinero se ingresará en la C/C de Caja Madrid al nº de cuenta - 2038 9830 4030 0025 6177 -

HISTORIAL SANITARIO

NOMBRE

DIRECCION.....

TELÉFONO.....

EDAD PESO TALLA

HISTORIA REFERENTE AL ASMA BRONQUIAL

El asma que presenta su niño ¿es de tipo alérgico?: si..... no.....

¿A qué tiene alergia?:

¿Sigue tratamiento con vacunas?: si..... no.....

¿Debe vacunarse durante el Campamento?: si..... no.....

¿Qué día?.....

¿Usa tratamiento preventivo para el asma en estos días?: si..... no.....

¿Cuáles y a qué dosis?:

¿Qué medicamentos toma cuando tiene una crisis de asma, o de tos?:

Indicar si algún medicamento utilizado para el asma le sienta mal:

¿Tiene pitos o tos cuando corre?: si..... no.....

OTRAS

¿Tiene alergia a algún medicamento?: si..... no..... Indicarlo

¿Tiene alergia a algún alimento?: si..... no..... Indicarlo

¿Tiene alergia a picaduras de insectos?: si..... no..... Indicar la reacción

¿Tiene alergia a metales o mercromina?: si..... no..... Indicarlos

¿Tiene alergia a alguno de estos animales?:

perro..... gato..... caballos..... plumas de pájaro.....

ENFERMEDADES ANTERIORES: Enfermedades importantes que ha sufrido , o que necesiten control actualmente.

¿Tiene el niño/a alguna de estos problemas?

- enfermedad del corazón: si.....no.....
- diabetes: si.....no.....
- convulsiones: sino.....
- trastornos del aprendizaje: si.....no.....
- dificultad de la visión: si.....no.....
- dificultad en la audición: si.....no.....
- tubos en los oídos: si.....no.....

MEDICAMENTOS QUE UTILIZA ACTUALMENTE, NO RELACIONADOS CON EL ASMA(indicar dosis y forma de administración)

VACUNA ANTITETÁNICA: Indicar fecha de la última inyección , o si lleva puestas las vacunas según el calendario)

HABITOS Y COSTUMBRES DEL NIÑO

¿ Se marea en los autocares?

¿Sufre insomnio u otros trastornos del sueño?

¿Presenta enuresis nocturna? (se orina en la cama)?

¿Sabe nadar?

INDICAR CUALQUIER COSTUMBRE DEL NIÑO/A, que sea necesario tener en cuenta y cualquier información que consideren importante para nosotros.

**Imprimir y enviar una vez rellena la solicitud a Cristina Alcántara Pontes,
C/Bellavista nº 33 (Avda Huelva) CP11540, Sanlúcar de Barrameda,
Cadiz.TFNO:635480301**