

FICHA ALUMNO CURSO ESQUI

Del 28 de Febrero al 4 de Marzo de 2019

Toda la documentación será tratada de manera confidencial y devuelta al finalizar el viaje

DATOS PERSONALES ALUMNO		
APELLIDOS:		NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:
ESTATURA: (En cm.)	PESO:	Nº DE PIE (Botas):
NIVEL DE ESQUI:		INICIAL (nunca ha esquiado)
		REGULAR (domina la cuña, ha esquiado más de 5 días)
		MEDIO (inicio al paralelo, ha esquiado más de 10 días)
		ALTO

PERSONAS DE CONTACTO		
APELLIDOS:		NOMBRE:
PARENTESCO:		
Teléfonos de contacto en caso de necesidad (rellenar por orden de preferencia):		
TELEFONO	NOMBRE	PARENTESCO
1.-		
2.-		

DECLARO / AUTORIZO	
YO, D/ Dña.	, con DNI:
y domicilio en:	
AUTORIZO a mi hijo/a:	, menor de edad con DNI:
, a asistir al curso de esquí que organiza el COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL BUEN CONSEJO DE MADRID, del 28 de Febrero al 4 de Marzo de 2019, en la estación de Baqueira-Beret.	
Padre, madre o tutor legal.	
Fdo:	

FICHA MÉDICA

Del 28 de Febrero al 4 de Marzo de 2018

Toda la documentación será tratada de manera confidencial y devuelta al finalizar el viaje

DATOS PERSONALES ALUMNO	
APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:	

DOCUMENTOS IMPRESCINDIBLES ADJUNTOS (marcar con una "x")	
Nº TARJETA SANITARIA PÚBLICA (obligatoria):	
Nº TARJETA SANITARIA PRIVADA :	COMPAÑÍA:
FOTOCOPIA INFORMES MEDICOS:	
FOTOCOPIA TRATAMIENTOS MEDICOS:	

MEDICACIÓN				
Está sometido el alumno a algún tratamiento médico que deba seguir durante la estancia: Si necesita medicación crónica, adjuntar instrucciones de tratamiento (pautas y dosis), autorización e informe médico. El número de dosis que traiga debe ser suficiente para los días de la estancia, y contemplar posibles extravíos. Como consecuencia de la entrega, se autoriza implícitamente a administrar dicha medicación durante la estancia.				
DOSÍIS POR DIA				
Medicamento	Desayuno	Comida	Merienda	Cena

REACCIONES ALÉRGICAS		
Indicar en caso afirmativo a que se tiene alergia y tipo de tratamiento:		
ALIMENTO	CUAL:	TRATAMIENTO:
MEDICAMENTO	CUAL:	TRATAMIENTO:
OTROS:	CUAL:	TRATAMIENTO:

OTROS CUIDADOS
Requiere atención nocturna especial: insomnio, enuresis, sonambulismo.
Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente o debido a su carácter:
Otros cuidados que deban conocer los responsables y que no estén recogidos en el formulario:

IMPORTANTE

La falta de respuesta a algunos de estos apartados dará a entender que no existen problemas de salud. Al cumplimentar la ficha sanitaria, manifiesta que los datos expuestos son ciertos, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud del alumno o del resto de participantes, para el buen desarrollo de la actividad. No se admitirán fichas sanitarias que no estén firmadas de forma original.

DECLARO / AUTORIZO

DECLARO, que todos los datos de esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

AUTORIZO a la administración de la medicación indicada, así como el desplazamiento a centros sanitarios en caso de ser necesario, y que, en caso de urgencia, el coordinador y responsable de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

NOMBRE (Padre, madre o tutor legal): _____

DNI (Padre, madre o tutor legal): _____

FECHA:

FIRMA: