



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nº

LUGAR: CAMPAMENTO NAVIDAD

NOMBRE: .....

APELLIDOS: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../.....

DIRECCIÓN COMPLETA: .....

E – MAIL: .....

DOMICILIO DE LOS PADRES

DURANTE EL CAMPAMENTO: .....

TLF: ...../.....

---

Conforme a lo dispuesto en la L.O. 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, te informamos que los datos que facilitas para tu inscripción y los derivados de tu relación con la Parroquia San Miguel Arcángel de Carabanchel (PSM) y la Asociación Juvenil MASADA (AJM), se incluirán en un fichero titular de AJM, al que podrás acceder para cualquier consulta, rectificación, cancelación u oposición de tus datos dirigiéndote por escrito a AJM: General Ricardos 21 – 28019 Madrid. Los fines del fichero son remitir futuras informaciones y la posible publicación de fotografías en la página web [www.parroquiasanmiguelarcangel.es](http://www.parroquiasanmiguelarcangel.es). Salvo recepción de notificación escrita, autorizas la inclusión de tus datos en dicho fichero y su uso para los fines propios de PSM y AJM.

### AUTORIZACIÓN PATERNA

Don..... con D.N.I.....  
autorizo a mi hijo a participar en el Campamento de Navidad de la parroquia San Miguel Arcángel y la Asociación Juvenil Masada que tendrá lugar en Madrid entre los días 26 y 30 de Diciembre de 2011.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Vº Bº DEL CONSILIARIO

## FICHA MEDICA

Las actividades de la Parroquia San Miguel Arcángel y la Asociación Juvenil Masada implican por su propio desarrollo una serie de actividades al aire libre tales como juegos, deportes y excursiones, que requieren en sus participantes el estado de salud y preparación física adecuados y acordes con su respectiva edad.

Los datos médicos que a continuación se solicitan son imprescindibles para la organización y cualquier omisión o falsedad será asumida, en sus posibles consecuencias, por los padres de los menores de edad.

Alergias a medicamentos:

Antibióticos (especificar).....

Acido Acetilsalicílico  Paracetamol  Metamizol

Otros (especificar).....

Otro tipo de alergias:

Alergias a alimentos:.....

Insectos.....

Polen  Polvo  Plantas, flores.....

Otros.....

¿Presenta o ha presentado alguna enfermedad de las enumeradas u otras relevantes a esos efectos?

Asma bronquial  Rinitis  Conjuntivitis alérgica  Alergia primaveral

Diabetes  Otitis  Otras.....

Indique el tratamiento habitual de la enfermedad

.....

Indique si toma algún medicamento en la actualidad

.....

¿Tiene procesos frecuentes como?  Síncopes, mareos  Pérdidas de conocimiento

Sonambulismo  Epilepsia  Enuresis (orinarse en la cama)

Otros.....

Si es posible determine la causa.....

¿Presenta alteraciones del comportamiento o problemas de conducta como?:

Hiperactividad  Introversión exagerada  Extroversión exagerada

Otros.....

¿Presenta algún problema físico como minusvalías, discapacidades?

Especificar.....

¿Es frecuente que sufra esguinces o roturas de huesos?.....

¿Tiene vértigo?.....

Fobias o miedos exagerados:

Altura  Oscuridad  Agua  Animales  Otros.....

Observaciones de interés:.....

Es aconsejable que cada niño lleve tiritas, la medicación que toma habitualmente para sus dolencias (analgésicos, antiinflamatorios, etc...) y de su tratamiento actual.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR