



ACAMPADA NAVIDAD 12

"Albergue Aguas Blancas"
Viver (Castellón)
22 y 23 de diciembre

INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre y apellidos -	Fecha de nacimiento/...../.....
¿Es alérgica/o a algún alimento medicina, u otra cosa? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (si es así, enumera las alergias) - - -	
¿Ha recibido todas las vacunas correspondientes a su edad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre del medicamento a ser suministrado en la acampada: -	
Dosis: -	¿A qué hora debemos suministrarla? -
Nombre del medicamento a ser suministrado en la acampada: -	
Dosis: -	¿A qué hora debemos suministrarla? -
Observaciones:	
En caso de necesitar paracetamol ¿Qué dosis debe tomar?	En el caso de ibuprofeno ¿Qué dosis debe tomar?

Autorización suministro medicamentos en la acampada

D./D^a:....., con D.N.I n^o:,
autorizo a la persona/as encargada/as del botiquín, le suministre/n al acampado antes citado, la medicación arriba descrita durante la acampada, atendiendo a mis indicaciones o cualquier medicamento que recetase el facultativo, en caso de acudir por necesidad a la consulta del médico.

Firma

Cláusula informativa (art. 5.1 de la LOPD)

"A efectos de lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, consiento que estos datos sean incluidos en un fichero del que es titular la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT TIMBIRAS, con domicilio en la Calle Llanera de Ranes, N° 30 Bajo 46017 (Valencia) y puedan ser utilizados con la finalidad de desarrollar las actividades programadas en el campamento. Declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar dirigiéndome por escrito en el domicilio anteriormente citado.