**CAMPAMENTOS URBANOS MANZANARES EL REAL**

**CONCEJALÍA DE INFANCIA Y JUVENTUD**

**AUTORIZACIÓN PARA TRASLADO POR EMERGENCIA MÉDICA:**

Este documento autoriza a:   
  
a) trasladar al menor, en un vehículo utilitario, al centro de salud más cercano si fuera necesario, previa o simultánea llamada a los padres/tutores y a los servicios de emergencia.

SÍ AUTORIZA □ NO AUTORIZA □   
  
b) a la persona coordinadora del campamento y a los/as monitores/as coordinadores/as responsables del desarrollo del Campamento urbano a la adopción de medidas de carácter urgente en caso de accidente, enfermedad o cualquier otro imprevisto que pudiera presentarse en el desarrollo de la actividad.

SÍ AUTORIZA □ NO AUTORIZA □

D/DÑA.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesta bajo su responsabilidad ser titular de la patria potestad o tutela del/la menor con nombre y apellidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sobre el que firma esta autorización.

(En caso de familia fraccionada es imprescindible la firma de padre y madre)

Firma y fecha

**AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre y apellidos del niño/a:

ALERGIAS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Sí** | **No** | **Observaciones / Tratamiento** |
| Medicamentos |  |  |  |
| Alimentarias |  |  |  |
| Respiratorias |  |  |  |
| Tópica/Cutánea |  |  |  |
| Picaduras |  |  |  |
| Otras |  |  |  |

ENFERMEDADES ACTUALES:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción** | **Sí** | **No** | **Observaciones / Tratamiento** |
| Asma |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |
| Cardiovasculares |  |  |  |
| Digestivas |  |  |  |
| Músculo-esqueléticas |  |  |  |
| Cutáneas |  |  |  |
| Otras |  |  |  |

**Medicación a custodia del campamento**

RELLENAR en caso de que sea necesario dejar en custodia de las personas responsables del campamento algún tipo de medicación. El medicamento debe haber sido recetado por prescripción médica.

Medicamento:

Cuándo administrar:

Dosis:

Cómo administrar:

D/DÑA.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesta bajo su responsabilidad ser titular de la patria potestad o tutela del menor con nombre y apellidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y autoriza a la persona coordinadora del campamento y a las personas monitoras coordinadoras del campamento a suministrar la medicación indicada en caso de que sea necesario. La persona firmante declara que el medicamento mencionado ha sido recetado al menor por prescripción médica.

(En caso de familia fraccionada es imprescindible la firma de padre y madre)

D/Dña.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
con DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y fecha