

CAMPAMENTOS 2010

ALBERGUE RURAL SIERRA DE AYLLON; PRO CENTER AVENTURA BOLETÍN DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Será imprescindible rellenar todos los campos, claro y con mayúsculas

NOMBRE		APELLIDOS		EDAD	
--------	--	-----------	--	------	--

1 CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

RELACIÓN CON OTROS	SI	NO	OBSERVACIONES
Tímido y callado			
Se enfada fácilmente			
Es agresivo o puede llegar a agredir			
Otros...			

MOVILIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Necesita algún tipo de apoyo			

ROPA	SI	NO	OBSERVACIONES
Pequeña ayuda al vestirse			
Conoce y cuida sus cosas			
Lleva gafas			

HIGIENE PERSONAL	SI	NO	OBSERVACIONES
Necesita algún tipo de apoyo en la ducha			
Necesita algún tipo de apoyo en los aseos diarios			

EXPERIENCIA EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS	SI	NO	OBSERVACIONES
Sabe montar a caballo			
Sabe montar en bicicleta			
Sabe nadar			
Ha escalado o ha montado en piraguas			
Sabe esquiar			
Otros deportes...			

ENVÍANOSLO POR FAX 91.743.36.35 ; MAIL info@xtremaventura.com ó calle La Rioja, 7 28042 MADRID



CAMPAMENTOS 2010

ALBERGUE RURAL SIERRA DE AYLLON; PRO CENTER AVENTURA

BOLETÍN DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES

2 ALERGIAS

COMIDA / BEBIDA / MEDICAMENTO	SI	NO	ESPECIFICAR
Tiene alergia a algún alimento			
Bebidas o comidas contraindicadas (coca cola, frutos secos...)			
¿Es celíaco?			
Medicamentos			

3 PRECISA MEDICACIÓN Y/O TRATAMIENTO MÉDICO

(En caso afirmativo rellene el siguiente cuadro)

	NOMBRE MEDICAMENTO	DÓSIS
DESAYUNO		
COMIDA		
CENA		
OTRA		

4 OTRAS ESPECIFICACIONES

Grupo sanguíneo						
Tiene la vacuna Antitetánica	día		mes		año	
¿Padece enfermedad infectocontagiosa?	SI	NO	¿Cuál?			
¿Sufre ataques epilépticos?	SI	NO	¿Con qué frecuencia?			
¿Sufre asma?	SI	NO				
Utiliza audífono	SI	NO				
Tiene ausencias	SI	NO				
OTROS DATOS DE INTERÉS						

Con mi firma certifico que todo lo escrito en este boletín es acorde a las características de mi hijo/a, tutelado/a y autorizo al personal técnico de XTREME ESQUÍ Y MONTAÑA S.L.. a suministrar el tratamiento farmacológico especificado en este boletín, así como aquel que, en su caso, pudiera ser prescrito por personal médico en el transcurso de la actividad.

En _____ a _____ de _____ de 200__

Firma:

(Firmará el padre, madre, tutor o representante legal)

ENVÍANOSLO POR FAX 91.743.36.35 ; MAIL info@xtremaventura.com ó calle La Rioja, 7 28042 MADRID

