



GRACIAS POR CONFIAR EN PROYECTOS ADAI

FICHA MÉDICA - COLONIAS INFANTILES



RELLENAR LA SIGUIENTE FICHA. (IMPORTANTE: PARA LA ASISTENCIA A LAS COLONIAS, ES IMPRESCINDIBLE LA AUTORIZACION DE LA TOTALIDAD DE LA FICHA)

DATOS PERSONALES

Nombre Alumno:		Fecha Nacimiento:	
Nombre Padre:		Colegio:	
Nombre Madre:		Teléfono Móvil:	
Dirección:		C.P.:	
Localidad:		Provincia	
E-mail:			

FICHA MÉDICA

¿Tiene alguna alergia o intolerancia?:	
Observaciones al respecto:	
¿Durante su estancia en la colonia debe medicarse?:	
En caso afirmativo, indicar horario y posología:	

LOS MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DEBERÁN SER APORTADOS POR LOS PADRES

¿Tiene alguna NEE*:	
---------------------	--

* En caso afirmativo, adjuntar informe Psicopedagógico.

OBJETIVOS PEDAGÓGICOS:

Marca con una "x" los objetivos pedagógicos en los que quieres que hagamos especial hincapié a la hora de trabajarlos con tu hijo/a durante la colonia:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tener autoestima | <input type="checkbox"/> Comer de todo | <input type="checkbox"/> Tener conciencia solidaria |
| <input type="checkbox"/> Ser autónomo | <input type="checkbox"/> Tener hábitos de higiene | <input type="checkbox"/> Aceptar las normas |
| <input type="checkbox"/> Vencer los miedos | <input type="checkbox"/> Control de esfínteres | <input type="checkbox"/> Compañerismo |
| <input type="checkbox"/> Tomar decisiones | <input type="checkbox"/> Respeto al medio | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿Quiere hacer alguna observación?:	
------------------------------------	--

AUTORIZACIÓN:

Yo, (Nombre Padre/Madre/Tutor) _____, en calidad de (Padre/Madre/Tutor) _____, autorizo a (Nombre del niño/a) _____ a asistir a las colonias infantiles ADAI en las fechas del _____ al _____ en el complejo conocido por Parque ADAI, a la vez que autorizo a que se le preste todas las atenciones médicas de primeros auxilios que se requieran, en caso de urgencia, en el caso de no localizar telefónicamente a los padres.

Asimismo, conforme a lo establecido en la Ley 1/1982 de 5 de Mayo sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, autorizo a que mi hijo/a o tutelado/a pueda aparecer en las imágenes que realizará Proyectos ADAI S.L. durante su estancia en Parque ADAI, para la realización de acciones divulgativas e informativas a las familias y de comunicación y promoción de Proyectos ADAI.

D. / Dña. (Firma y fecha) _____

ENTREGAR ESTA FICHA CUMPLIMENTADA JUNTO CON FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA S.I.P. EL PRIMER DÍA DE LA COLONIA.



GRACIES PER CONFIAR EN PROYECTOS ADAI

FITXA MÈDICA - COLONIES INFANTILS



OMPLIR LA SEGÜENT FITXA. (IMPORTANT: PER A L' ASSISTÈNCIA A LES COLONIES, ÉS IMPRESCINDIBLE L' AUTORITZACIÓ DE LA TOTALITAT DE LA FITXA)

DADES PERSONALS

Nom Alumne:		Data Naixement:	
Nom Pare:		Col·legi:	
Nom Mare:		Telèfon Mòbil:	
Direcció:		C.P.:	
Localitat:		Província	
E-mail:			

FITXA MÈDICA

Te alguna al·lèrgia o intolerància?:	
Observacions al respecte:	
Durant la seua estada en la colònia ha de medicar-se?:	
En cas afirmatiu, indicar horari i posologia:	

ELS MEDICAMENTS A ADMINISTRAR HAURAN DE SER APORTATS PELS PARES

Te alguna NEE?*	
<small>* En cas afirmatiu, adjuntar informe Psicopedagògic.</small>	

OBJECTIUS PEDAGÒGICS:

Marca amb una "x" els objectius pedagògics en què vols que fem especial insistència a l'hora de treballar-los amb el teu fill/a durant la colònia:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tindre autoestima | <input type="checkbox"/> Menjar de tot | <input type="checkbox"/> Tindre consciència solidària |
| <input type="checkbox"/> Ser autònom | <input type="checkbox"/> Tindre hàbits d' higiene | <input type="checkbox"/> Acceptar les normes |
| <input type="checkbox"/> Vèncer els pors | <input type="checkbox"/> Control d' esfínters | <input type="checkbox"/> Camaraderia |
| <input type="checkbox"/> Pendre decisions | <input type="checkbox"/> Respecte al medi | <input type="checkbox"/> Altres: _____ |

Vol fer alguna observació?:	
-----------------------------	--

AUTORITZACIÓ:

Jo, (Nom Pare/Mare/Tutor) _____, en calitat de (Pare/Mare/Tutor) _____, autoritze a (Nom del xiquet/a) _____ a assistir a las colonies infantils ADAI en les dates del _____ al _____ en el complexe conegut per Parque ADAI, al mateix temps que autoritze a que se li preste totes les atencions mèdiques de primers auxilis que es requerixquen, en cas d' urgència, en el cas de no localitzar telefònicament als pares.

Així mateix, d'acord amb el que estableix la Llei 1/1982 de 5 de Maig sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, autoritze que el meu fill/a o tutelat/ada pugui aparèixer en les imatges que realitzarà Projectes ADAI S.L. durant la seua estada en Parc ADAI, per a la realització d'accions divulgatives i informatives a les famílies i de comunicació i promoció de Projectos ADAI.

Sr. / Sra. (Firma y data) _____

ENTREGAR ESTA FITXA OMPLIDA JUNT AMB FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA S.I.P. EL PRIMER DIA DE LA COLÒNIA.