

COLEGIO APÓSTOL SANTIAGO  
Padres Somascos  
C/Moreras, 217 28300 ARANJUEZ  
Tfno. 918921200 – Fax 918921009  
secretaria@cas-aranjuez.org  
www.cas-aranjuez.org

## **CAMPAMENTOS DE VERANO 2025**

## **DATOS MÉDICOS**



NOMBRE DEL MENOR: \_\_\_\_\_ nacido/a el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_,

NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL: \_\_\_\_\_  
como padre/madre/tutor (señale lo que proceda),

Teléfono(s) de contacto:

E-mail(s):

### **ALERGIAS** (Especificar tipo):

→ ALIMENTOS: Alergia a...

→ MEDICAMENTOS: Alergia a...

→ OTRAS: Alergia a...

Indicar si sigue algún tratamiento para su alergia o el tratamiento prescrito por su médico en caso de contacto o crisis:

### **INTOLERANCIAS A ALIMENTOS**

(Especificar el alimento que NO pueda tomar y los efectos que le provoca en caso de ingestión):

→

→

Indicar si sigue algún tratamiento para su intolerancia o el tratamiento prescrito por su médico en caso de ingestión:

### **ENFERMEDADES CRÓNICAS RESEÑABLES**

→

→

¿SIGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO CRÓNICO O ESPECIAL?

*En caso positivo, cumplimentar en el reverso de esta hoja la medicación y la autorización necesarias.*

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

☐

Solicito y autorizo al personal responsable del ámbito sanitario de la actividad seleccionada para administrar la medicación puntual que se detalla en esta ficha según prescripción médica o en el correspondiente informe.

La solicitud y autorización para administración de medicamentos según prescripción médica debe entregarse previamente en la Secretaría del Centro, entregando en mano la medicación al responsable de la actividad seleccionada el primer día de la misma (o antes de iniciar el viaje en autobús) según las indicaciones recogidas en la ficha médica adjunta. En caso de necesidad, la ficha y medicación deberán ser entregadas en mano al responsable de la actividad seleccionada.

| Nombre de la medicación | Dosis | Vía (Oral, inhalada...) | HORA |
|-------------------------|-------|-------------------------|------|
| →                       |       |                         |      |
| →                       |       |                         |      |
| →                       |       |                         |      |

| Duración del tratamiento  |   |
|---------------------------|---|
| Fecha de inicio           | → |
| Fecha de finalización     | → |
| Total días de tratamiento | → |
| Patología                 | → |

•En cualquiera de los casos o situaciones arriba descritas,  
ADJUNTAR FOTOCOPIA DE INFORME MÉDICO O ESCRITO ADJUNTO si es necesario.

| (Marcar con X)           | DOCUMENTACIÓN Y MEDICACIÓN ADJUNTA                                                                                                |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Informe médico o receta médica.                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | Medicación en su envase original para que se quede en el lugar de desarrollo de la actividad seleccionada durante el tratamiento. |
| <input type="checkbox"/> | Medicación en su envase original que cada día irá al Colegio y volverá a casa. (Actividad desarrollada en el centro).             |

|                      |
|----------------------|
| OTRAS OBSERVACIONES: |
|                      |
|                      |

He leído, estoy conforme y acepto las condiciones expuestas en el documento adjunto "INFORMACIÓN GENERAL" para la organización y gestión por parte del Colegio Apóstol Santiago de la actividad "CAMPAMENTOS de VERANO 2025" y de la gestión de carácter sanitario, así como la información básica sobre protección de datos del Colegio Apóstol Santiago que figura en el reverso de la correspondiente solicitud.

D/Dª \_\_\_\_\_, como padre/madre/tutor (señale lo que proceda),

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_