



ASOCIACIÓN AKAFI

GRUPO 0



Epilepsia España

**FICHA DE INSCRIPCIÓN- SUEÑOS EN LA NATURALEZA 2017**

**“SuperAcción”: 20 al 27 de agosto**

**Teléfono de información: 679060687 (Carlos)**

**Email de contacto: [asoc.akafi@gmail.com](mailto:asoc.akafi@gmail.com)**

**DATOS DEL PARTICIPANTE**

**Nombre:**

**Apellidos:**

**Fecha de nacimiento:**

**DNI.:**

**Nombre del padre:**

**Nombre de la madre:**

**Teléfono de contacto:**

**Dirección:**

**Email:**



## AYÚDANOS A CONOCER A TU HIJO/A...

### DATOS MÉDICOS Y DE INTERÉS

**(INCLUIR INFORME MÉDICO, SI LO CONSIDERA NECESARIO)**

#### **A) ALERGIAS:**

Antibióticos, medicamentos:

Animales o alimentos:

#### **B) ¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN DE COMIDA? (SÍ/NO)**

#### **C) ¿PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE?**

#### **D) ¿TIENE ALGÚN MIEDO HACIA ALGO EN ESPECIAL?**

#### **E) ¿ES AUTÓNOMO A LA HORA DE ...? (Conteste SÍ o NO)**

- Vestirse:
- Comer:
- Dormir:
- Asearse:
- Control de esfínteres:

#### **F) OTROS DATOS DE INTERÉS:**

- ¿Será la primera vez que su hijo/a viva la experiencia de compartir unos días de ocio y convivencia fuera de casa? (SI / NO)
- ¿Sabe nadar? (SI / NO)
- ¿Hace amigos/as con facilidad? (SI / NO)
- ¿Se duerme con facilidad?



ASOCIACIÓN AKAFI

GRUPO 0



Epilepsia España

-Otros datos de interés y observaciones que debamos conocer:

### MEDICACIÓN (\*)

(\*) Rellenar en caso de que el/la niño/a tome algún fármaco que sea necesario que se le suministre los días de la salida y cumplimente la autorización de las mismas. El mismo día de la salida, el padre, madre o tutor, deberá firmar la autorización que facilitamos en la hoja de inscripción.

**Indícanos el/los fármaco/s, cantidad exacta y hora de suministro:**

#### DESAYUNO

**Fármaco**

**Cantidad**

**Hora**

#### COMIDA

**Fármaco**

**Cantidad**

**Hora**

#### CENA

**Fármaco**

**Cantidad**

**Hora**



ASOCIACIÓN AKAFI

GRUPO 0



Epilepsia España

### AUTORIZACIÓN MEDICINAS

Yo, D. /Dña. \_\_\_\_\_, como tutor/a legal, con NIF. \_\_\_\_\_ autorizo al responsable de la actividad a dar los fármacos arriba indicados.

Fdo.:

Fecha:

### AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN

Yo, D. /Dña. \_\_\_\_\_, con NIF. \_\_\_\_\_ como tutor/a legal del niño/a \_\_\_\_\_; le autorizo a que participe en la actividad de campamento superAcción, que se desarrollará entre los días 20 y 27 de Agosto de 2017 en el CAM Entrepeñas, por la asociación Akafi.

Firmado (Madre, Padre o tutor/a legal):

Fdo.:

### AUTORIZACIÓN FOTOGRAFIAS / VIDEOS

Yo, D. /Dña. \_\_\_\_\_, con NIF. \_\_\_\_\_ como tutor/a legal del niño/a \_\_\_\_\_; autorizo a la asociación Akafi a incluir a mi hijo/a en las fotos / videos que se realizaran a modo de archivo, durante la actividad del campamento en Agosto de 2017.

Firmado (Madre, Padre o tutor/a legal):

Fdo.:



**ASOCIACIÓN AKAFI**

**GRUPO 0**



**Epilepsia España**

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) le informamos que sus datos están incorporados en un fichero del que es titular ASOCIACIÓN AKAFI, ENCUENTRO CON FAMILIA E INFANCIA, con la finalidad de gestionar la relación contractual. Asimismo le informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos en el domicilio de ASOCIACIÓN AKAFI, ENCUENTRO CON FAMILIA E INFANCIA, sito en C/Ramón y Cajal nº 9- plta 2-puerta B- Las Rozas (28232)-(Madrid), ó a través del correo electrónico [asoc.akafi@gmail.com](mailto:asoc.akafi@gmail.com)

**Muchas Gracias**