



TEMPORADA: SS ___ 1ra ___ 2da ___ Año: _____ CAB: _____

PLANILLA

FOTO

Nombre del Campista: _____ (_____)

Apellidos _____ Nombres _____ Apodo _____
C.I. _____

Sexo: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: Día ___ / Mes ___ / ___ Edad: ___ Grado al que pasa ___ Colegio: _____

¿En qué año vino por primera vez a Rincón Grande? _____

Situación familiar: Casados ___ Divorciados ___ Otro (especifique) _____

Representante legal (con quién vive): Ambos Padres ___ Padre ___ Madre ___ Otro (especifique): _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ CI: _____

Teléfono Oficina: _____ Teléfono casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Email: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ CI: _____

Teléfono Oficina: _____ Teléfono casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Email: _____

OTRA PERSONA DE CONTACTO: _____ Relación : _____

Teléfonos: _____ Email: _____

NOTA:

Asegúrese de llenar **TODOS** los datos solicitados en la planilla.

Teléfonos y correo electrónico son indispensables para poder comunicarnos con ustedes en caso de una eventualidad. Número de Cédula del padre y/o de la madre es indispensable para trámites del seguro.

La planilla médica contiene la información necesaria para asegurar al campista y es indispensable para el ingreso a la clínica si fuese necesario. La información debe estar completa y debe estar firmada por ambos padres.

ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DEL CAMPISTA Y DE LOS REPRESENTANTES EN UNA MISMA HOJA.



MIEMBRO



MEMBER



Member

INSCRIPCIONES:

rincongrande@gmail.com

TELEFONOS: (0212) 490.1709 * (0244) 414.9926

DATOS MÉDICOS

Nombre del Médico Familiar: _____.

Teléfonos: _____, Email (opcional): _____.

Dirección Consultorio: _____ Teléfono: _____.

Historia Clínica (Coloque Si o No)

_____ Infecciones frecuentes del oído
_____ Defectos o enfermedades del corazón
_____ Convulsiones
_____ Diabetes
_____ Jaquecas
_____ Alteraciones Sanguíneas
_____ Incontinencia urinaria nocturna

Alergias (Especifique)

_____ Picadas de Insectos
_____ Medicamentos _____
_____ Comidas o bebidas _____
_____ Alergia por contacto _____
_____ Otras alergias _____

Enfermedades Infecciosas (Fecha Aproximada)

_____ Lechía
_____ Sarampión
_____ Rubeola
_____ Parotiditis
_____ Hepatitis
_____ Otras enfermedades: _____

Medicamentos que llevarán al Campin (modo de uso)

Diario: _____

Eventuales: _____

NOTA:

Los medicamentos solo serán administrados por el personal médico o paramédico del Campin.

EL CAMPIN SUMINISTRARA CUALQUIER MEDICAMENTO REQUERIDO EN CASO DE PRIMEROS AUXILIOS. EN EL CASO DE QUE EL NIÑO REQUIERA TRATAMIENTO DE ANTIBIÓTICOS DURANTE SU ESTADIA EN EL CAMPAMENTO, EL IMPORTE DE LOS MISMOS CORRERA POR CUENTA DE SUS PADRES O REPRESENTANTES.

(Niñas) Historia Menstrual. Especifique duración e intervalo entre menstruaciones: _____

Consideraciones Especiales: _____

Conformidad Médica

He examinado a la persona aquí descrita y he revisado su historia médica. Es mi opinión que este niño(a) está físicamente apto para realizar las actividades del campin, salvo las indicadas anteriormente en esta planilla.

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Médico

Autorización de los padres:

Esta historia médica es correcta, y la persona aquí descrita tiene mi permiso para realizar todas las actividades que se desarrollan en el Campin, excepto aquellas indicadas por mí y/o por el médico familiar. Doy autorización al médico seleccionado por el Camping para efectuar los exámenes que considere necesarios e indicar el tratamiento de su selección a mi hijo(a) en caso de emergencia, incluyendo hospitalización mayor o menor. Esta autorización se hace sólo en caso de emergencia y cuando el criterio médico no da espera a una consideración personal o del médico familiar incluido en esta planilla.

Firma del padre

Firma de la madre

PUEDES ANEXAR FOTOCOPIA TARJETA VACUNAS

Altura: _____ Peso: _____ Grupo Sanguíneo: _____.

Favor anotar mes y año de la primera dosis y refuerzos recientes.

| VACUNAS | Primera Dosis | Refuerzos |
|----------------------|---------------|-----------|
| Triple | | |
| Tétano | | |
| Difteria | | |
| Poliomielitis (oral) | | |
| Parotiditis | | |
| Sarampión | | |
| Rubeola | | |
| Hepatitis B | | |
| Otras | | |

Examen Médico

Piel

ORL

Gastrointestinal

Cardiovascular

Respiratorio

Osteomuscular

Genito Urinario

Neurológico

Especifique:

Códigos a utilizar:

S = Satisfactorio NS = No Satisfactorio

NE = No Examinado

RECOMENDACIONES PARA EL CAMPIN

- ¿Tiene su hijo(a) alguna actividad que deba ser alentada?: SI NO ¿Cuál?: _____
- ¿Tiene su hijo(a) alguna actividad que no pueda realizar?: SI NO ¿Cuál?: _____
- ¿Es la primera vez que su hijo(a) pasa una semana o más fuera de su casa? SI NO
- ¿Ha estado su hijo(a) antes en otro campamento?: SI NO ¿Cuál?: _____
- ¿Tiene su hijo(a) alguna restricción en su dieta? _____
- ¿Tiene su hijo(a) algún problema de tipo emocional o de comportamiento que pueda afectar su experiencia en el Campin? _____

IMPORTANTE:

Su hijo(a) ha sufrido o tenido contacto con alguna enfermedad contagiosa en las tres semanas anteriores a su llegada al Campin (indique cual) _____

Observaciones adicionales: _____

Media firma _____

EQUIPAJE RECOMENDADO

EQUIPAJE PARA 1 SEMANA

8 franelas + 1 Blanca
4 shorts
4 pantalones largos
10 pares de medias
10 prendas de ropa interior
1 pijama
2 trajes de baño (se recomienda entero para las niñas)
1 paño para bañarse
1 paño para la piscina
1 juego de sábanas
2 pares de zapatos de goma
1 par de Clogs (Croaks) o cholas
1 botas de hule
1 impermeable

EQUIPAJE PARA 2 SEMANAS

16 franelas + 1 Blanca
4 shorts
5 pantalones largos
16 pares de medias
16 prendas de ropa interior
2 pijama
2 trajes de baño (se recomienda entero para las niñas)
2 paño para bañarse
2 paño para la piscina
2 juegos de sábanas
2 pares de zapatos de goma
1 par de Clogs (Croaks) o cholas
1 botas de hule
1 impermeable

EQUIPAJE PARA 3 SEMANAS

14 franelas + 1 Blanca
4 shorts
6 pantalones largos
12 pares de medias
12 prendas de ropa interior
2 pijama
2 trajes de baño (se recomienda entero para las niñas)
2 paños para bañarse
2 paños para la piscina
2 juegos de sábanas
3 pares de zapatos de goma
1 par de Clogs (Croaks) o cholas
1 botas de hule
1 impermeable

ARTÍCULOS PERSONALES

Cepillo de dientes y pasta
Shampoo
Jabon con su jabonera
Desodorante
Cepillo de pelo o peine
Gorra
Protector solar
Repelente

Saco de dormir o cobija
Almohada
Bolsa para la ropa sucia

TODA LA ROPA Y ARTÍCULOS PERSONALES DEBEN ESTAR MARCADA CON NOMBRE Y APELLIDO

La lavandería se realiza a mitad de temporada.

CONDICIONES:

- Es recomendable **NO** llevar al Campin objetos de valor.
- Se prohíbe el uso de navajas o cuchillos. Agradecemos a los padres su colaboración en este sentido.
- Los campistas tienen prohibido tenencia y el uso de **TELÉFONOS CELULARES** dentro del campamento. Las llamadas de emergencia serán canalizadas a través del Director.
- **LA ROPA** y el equipo de los campistas deben estar marcado **CON NOMBRE Y APELLIDO** con tinta indeleble (Sharpie) o con etiquetas. La ropa que sin identificar que no sea reclamada será donada a los pobres.
- Favor **NO** enviar chucherías dentro de la maleta, entregarlas en una bolsita al guía para que sean distribuidas equitativamente a todos los integrantes de la cabaña.
- Recomendamos a los Padres de campistas pequeños (6 a 8 años) colocar la ropa separada por mudas diarias en distintas bolsitas plásticas con la finalidad de tener un mejor control sobre la misma.
- Los representantes deberán dar a sus hijos la preparación sobre cómo desenvolverse en su higiene personal, cuidado y uso de su equipo.
- Recomendamos ropa vieja ya que la misma se desgasta mucho durante su estadía en el campamento.
- Es indispensable el uso de la bolsa de ropa sucia. Si no la tiene, puede solicitar una a través de la oficina.
- Sugerimos maletines de nylon o lona en lugar de maletas pesadas.
- Los niños que mojen la cama deben traer protector de colchón.
- Se estimula el traer instrumentos musicales al campamento.
- **PREVENCIÓN DE PIOJOS:** por favor asegúrese de revisar bien la cabeza de su representado(a) por lo menos una semana antes y de ser necesario, comenzar el tratamiento lo antes posible. Para información sobre prevención y tratamiento de piojos descargue el archivo informativo de nuestra página web.

NOTA:

Si su representado llega al campamento con piojos, ustedes nos autorizan a realizar de inmediato el tratamiento necesario para evitar el contagio a otros campistas. Este tratamiento incluye cortar las puntas del cabello a las niñas para que el peine anti piojos se pueda utilizar eficientemente y pasarle la máquina de afeitar a los varones para eliminar los piojos radicalmente.

PLANILLA REVISADA POR:

Firma Padre

Firma Madre

Nombre: _____

Cargo: _____

Firma: _____