

Datos de interés del Participante (SRF 2022)

APELLIDOS

NOMBRE

--	--	--

TELEFONOS EN CASO DE NECESIDAD	RELACIÓN CON EL PARTICIPANTE (Padre, madre, hermanos y otros)

n Toma medicación?..... " Sí " No " A veces

n Padece algún tipo de alergia? " Sí " No

Cuál o a qué

.....

n Hay algún alimento o algún medicamento que no tolere bien? " Sí " No

.....

.....

n Hace algún tipo de régimen alimentario? " Sí " No

n Intolerancias alimentarias (especificar).....

.....

n Utiliza algún elemento que necesita algún tipo de vigilancia o cuidado especial?

Con su firma nos autoriza, a "Federación ASEM", a tratar los datos que nos facilite, suyos o de otra persona a quien representa, en este formulario y durante todo el proceso de inscripción en el proyecto "Semana de Respiro Familiar ASEM 2022", con la finalidad de dar respuesta a su solicitud y organizar, gestionar, administrar, informar y realizar las colonias de verano ASEM. Los datos no serán cedidos a terceros, salvo cuando sea indispensable para la prestación del servicio u obligaciones legales, y en tales casos se garantizará el mayor grado de privacidad posible. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación, portabilidad, oposición y supresión de los datos a través del correo electrónico info@asem-esp.org. Más información en www.asem-esp.org. ¿Desea recibir comunicaciones relacionadas con nuestros servicios y nuestras actividades?: Sí No Fecha: _____ Nombre, DNI y firma

No Sí

.....

¿Controla esfínteres de día? Sí No Hay que recordárselo

¿Padece ataques? (convulsiones, epilepsias, nervios) Sí No A veces

Cuáles y qué se debe hacer

¿Tiene problemas de estreñimiento?..... Sí No

Qué se debe hacer.....

¿Si es chica, tendrá la menstruación?..... Sí No

En caso de ser positivo, toma alguna medicación? Sí No

Si es que sí, apuntar en la hoja de medicación con las indicaciones

OTROS DATOS DE CONOCIMIENTO PERSONAL DEL PARTICIPANTE:

▪ Ha ido otros años de colonias o a dormir fuera de casa? Sí No

▪ Atiende adecuadamente de su higiene personal (manos, cara, dientes....)? Sí No

▪ Tiene miedo por la noche? Sí No A veces

▪ Se despierta habitualmente? Sí No

▪ Se marea al viajar? Sí No

▪ Reconoce lo que es suyo? Sí No

▪ Siente nostalgia por los suyos habitualmente? Sí No A veces

▪ Se le deben marcar límites? Sí No A veces

.....

▪ Tiene alguna disminución asociada? Sí No

.....

▪ Sabe administrarse el dinero? Sí No

▪ Puede tomar: Refrescos con gas Zumos Refrescos sin cafeína Coca-Cola

¿Si hay algún dato de su hijo/a que sea de interés para nosotros, por favor, anotarlo:

.....

.....

Con su firma nos autoriza, a "Federación ASEM", a tratar los datos que nos facilite, suyos o de otra persona a quien representa, en este formulario y durante todo el proceso de inscripción en el proyecto "Semana de Respiro Familiar ASEM 2022", con la finalidad de dar respuesta a su solicitud y organizar, gestionar, administrar, informar y realizar las colonias de verano ASEM. Los datos no serán cedidos a terceros, salvo cuando sea indispensable para la prestación del servicio u obligaciones legales, y en tales casos se garantizará el mayor grado de privacidad posible. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación, portabilidad, oposición y supresión de los datos a través del correo electrónico info@asem-esp.org. Más información en www.asem-esp.org. ¿Desea recibir comunicaciones relacionadas con nuestros servicios y nuestras actividades?: Sí No Fecha: _____ Nombre, DNI y firma