



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL CAMPISTA			
Nombres y Apellidos:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento:	Colegio:	Grado:	
Dirección de Habitación:			
C.I.:		E-mail:	

DATOS DE LOS REPRESENTANTES	TELF. HAB.	TELEF. OF.	CELULAR
Madre:			
Padre			
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A : (NO REPRESENTANTES)			
Nombre:	Telfs:	Parentesco:	
Nombre:	Telfs:	Parentesco:	

DATOS DEL MEDICO	
Nombre del Médico:	Telf. Hab.:
Clínica:	Telfs:
Celular:	

ENFERMEDADES	VACUNAS	ALERGIAS
---------------------	----------------	-----------------

VIRALES DE LA INFANCIA			
Sarampión:	Sarampión:	Meningitis:	Medicamentos:
Lechíina:	Hepatitis:	Rubéola:	
Rubéola:	Triple:	Parotiditis:	Otros: (Comida, Insectos):
Parotiditis:	PPD:	BCG:	
Toxoide Tetánico:			

ENFERMEDADES:		
Epilepsia:	Asma:	Incontinencia:
Pulmonares:	Infecciones	Problemas Menstruales:
Cardíacos:	Renales:	Gastrointestinales:
Rinitis:	Sinusitis:	Dolores de Cabeza:
Diabetes	Neurales:	Otros:
Antecedentes de Cirugía:		
Sufre actualmente de:	Insomnio	Sonambulismo:
Otra:		

- Su hijo (a) se orina en la cama: _____ (Si lo hace, por favor incluir en su maleta un protector para colchón y un juego de sábanas más)
- Actualmente su hijo (a) sigue tratamiento médico. (indique † explique su dosificación):

- OBSERVACIONES: