



Colegio - Residencia
Santa María de la
HISPANIDAD
C/ Armonía, 22
28042 MADRID
Tel.: 917412584 Fax: 917410115



MUNDO AZUL RECOMIENDA QUE LOS ALUMNOS LLEVEN:

- ✓ Tarjeta sanitaria
- ✓ Medicinas (alérgicos, asmáticos, diabéticos...).
- ✓ Calzado deportivo cómodo.
- ✓ Calzado de repuesto.
- ✓ Calcetines cómodos.
- ✓ Capa de agua o chubasquero.
- ✓ Gorra o sombrero.
- ✓ Ropa de abrigo.
- ✓ Algún pantalón corto y largo, por si acaso.
- ✓ Protector solar.
- ✓ Mochila pequeña.
- ✓ Prismáticos (si dispone de ellos).
- ✓ Linterna.
- ✓ Aseo personal (toalla, jabón, cepillo de dientes, etc...)
- ✓ Zapatillas, tipo chanclas, para las duchas (evitar hongos)
- ✓ Si su hijo lleva objetos de valor, como cámaras digitales o cualquier otra cosa recuérdale que él es responsable de sus objetos personales y que debe cuidarlos en todo momento (en muchas ocasiones despistan cosas y no siempre se encuentran).

SI SU HIJO ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO COMUNÍQUENLO POR ESCRITO.

SI SU HIJO TIENE QUE TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO ESPECIFIQUEN POR ESCRITO LAS INDICACIONES DE USO.

Recordamos que en el caso de parejas separadas que comparten la patria potestad del menor es necesaria la firma de AMBOS progenitores.



Colegio - Residencia
 Santa María de la
HISPANIDAD
 C/ Armonía, 22
 28042 MADRID
 Tel.: 917412584 Fax: 917410115



NOMBRE _____

TELEFONO DE CONTACTO _____

ALERGIAS A ALIMENTOS _____

SI SU HIJO ES ALERGICO AL POLEN, ASMÁTICO, ETC..., O TIENE QUE SEGUIR ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN ANOTE LAS MEDICINAS A TOMAR Y SUS HORARIOS _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

OTRAS ALERGIAS _____

OTROS DATOS DE INTERES _____

Recordamos que en el caso de parejas separadas que comparten la patria potestad del menor es necesaria la firma de AMBOS progenitores.



Colegio - Residencia
Santa María de la
HISPANIDAD
C/ Armonía, 22
28042 MADRID
Tel.: 917412584 Fax: 917410115



En las actividades del Colegio Santa María de la Hispanidad no permitimos a los alumnos tomar medicamentos por su cuenta. Del mismo modo que por nuestra parte jamás administramos medicación alguna sin prescripción médica o autorización paterna/materna.

Por esa razón os solicitamos vuestro consentimiento:

Yo _____ con DNI/NIE _____, como madre/padre o tutor/a legal de _____ del curso y clase _____

SOLICITO Y AUTORIZO al equipo de monitores/as y profesores del Colegio Santa María de la Hispanidad y Mundo Azul para que administren la medicación siguiente:

Marcar las medicinas que autoriza para ser administrados a su hijo/a en caso de que fuera necesario.

En caso de procesos febriles, dolor de cabeza, menstruación u otros

Apiretal 100ml/mg (paracetamol) Dosis:

Paracetamol comprimidos. Dosis:

Dalsy 40ml/mg o Junifen 40ml/mg (ibuprofeno). Dosis:

Ibuprofeno comprimidos. Dosis:

En caso de seguir algún tratamiento, la siguiente medicación pautada por su médico:

Medicamento: la siguiente dosis:

Medicamento: la siguiente dosis:

(Si hubiera algún otro medicamento, escribir por la parte de atrás de esta hoja o adjuntar informe si es necesario)

¿Hay otros medicamentos de venta libre o remedios de primeros auxilios a los que vuestro/a hijo/a sea alérgico/a o **NO** queréis que le sean administrados? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

ME HAGO RESPONSABLE en el caso de producirse efectos secundarios de cualquier tipo por causa del citado medicamento.

Y para que conste, firmo la presente autorización.

En _____ a _____ de 20__

Firmado

Recordamos que en el caso de parejas separadas que comparten la patria potestad del menor es necesaria la firma de AMBOS progenitores.