



Associació de Diabètics de Catalunya

ADC-SERVEIS CENTRALS / CONSELL DIRECTIU  
Pere Vergés, 1 11è pis  
(Hotel d'Entitats de la Pau)  
08020 Barcelona

Tel 93 451 36 76  
Fax 93 454 14 04  
[adc@adc.cat](mailto:adc@adc.cat)  
[www.adc.cat](http://www.adc.cat)

## COLONIAS Y CAMPAMENTOS VERANO 2008 para niños y jóvenes con diabetes

# IMPRESO DE PRE-INSCRIPCIÓN

Núm. de orden	
---------------	--

### MUY IMPORTANTE:

Escribid los datos con letras MAYÚSCULAS o a máquina. Es importante rellenar todas las casillas.

Entregad este impreso, que está formado por cuatro páginas, a cualquier sede de la ADC. Adjuntad también el comprobante del ingreso, una fotocopia de la tarjeta sanitaria de la seguridad social del participante y del calendario de vacunaciones.

TURNO SOLICITADO	
------------------	--

Número de socio	Delegación
-----------------	------------

Nombre del niño	Apellidos del niño	Fecha nacimiento	Edad
-----------------	--------------------	------------------	------

Nombre y apellidos del padre (o tutor)	NIF padre (con la letra)	Actividad profesional
Nombre y apellidos de la madre (o tutora)	NIF madre (con la letra)	Actividad profesional

Dirección	Código postal	Población
-----------	---------------	-----------

Teléfono familiar	Otros teléfonos	1r teléfono urgencias	2r teléfono urgencias	3r teléfono urgencias
-------------------	-----------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

E-mail
--------

Escuela	Población	Curso Escolar
---------	-----------	---------------

Número de hermanos (incluido el participante e indicando edades y sexo: M/F)	Núm. de la seguridad Social	Titular de la Cartilla de seguridad Social
--	-----------------------------	--

Médico - endocrinólogo que lo lleva (Nombre y apellidos)	Centro médico	Teléfono del médico
--	---------------	---------------------



# IMPRESO DE PRE-INSCRIPCIÓN

## **OTROS DATOS - ESTA HOJA DEBEN DE LLENARLA TODOS LOS PARTICIPANTES**

¿Niño o niña con diabetes? ? SÍ ? NO Fecha del inici de la diabetes \_\_\_\_\_

Si tiene familiares diabéticos, especificarlo \_\_\_\_\_

Descompensaciones recientes (últimos 2 años)

Mes/ año	motivo	fue ingresado
_____	_____	? SÍ ? NO
_____	_____	? SÍ ? NO

¿Tiene alguna complicación tardía de la diabetes? \_\_\_\_\_

## **LAS PREGUNTAS SIGUIENTES LAS DEBEN DE RESPONDER TODOS LOS PARTICIPANTES**

¿Tiene algún problema médico? ? SÍ ? NO ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? ? SÍ ? NO ¿Cual? \_\_\_\_\_

Especificad dosis y horario \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o producto? ? SÍ ? NO ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Sufre Enuresis? (se hace pipí por las noches) ? SÍ ? NO

¿Se marea cuando va en coche/autobús? ? SÍ ? NO

¿Está vacunado contra el tétanos? ? SÍ ? NO

¿Está vacunado contra la hepatitis B? ? SÍ ? NO

## **EJERCICIO FÍSICO**

¿Sabe nadar? ? SÍ ? NO ¿Hace ejercicio físico regularmente? ? SÍ ? NO

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le dedica cada vez? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de ejercicio o deporte practica? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## **EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA**

¿Ha recibido educación individual? ? SÍ ? NO

¿Ha asistido a cursos sobre diabetes y /o sesiones de formación continuada? ? SÍ ? NO

¿Ha asistido a colonias para niños y adolescentes con diabetes anteriormente? ? SÍ ? NO

¿Organizadas por? ? ADC ? Otros entidades: \_\_\_\_\_

¿Los años? ? antes 05? S.Santa-05 ? verano-05 ? S.Santa-06 ? verano-06 ? S.Santa-07? verano-07 ? S.Santa-08

**RECORDAD QUE: SI EL NIÑO TOMA MEDICACIÓN PARA OTRAS ENFERMEDADES QUE NO SEAN LA DIABETES, DEBEN FIGURAR EN EL INFORME MÉDICO Y LAS DEBE LLEVAR. SI DURANTE EL CAMPAMENTO SE DEBE IR A COMPRARLAS SE PASARÁ EL CARGO CORRESPONDIENTE A LOS PADRES.**

**LOS NIÑOS DEBERÁN LLEVAR LA INSULINA PARA TODOS LOS DÍAS DEL CAMPAMENTO, LA ASOCIACIÓN FACILITARÁ EL RESTO DE MATERIALES CONSUMIBLES: TIRAS DE AUTOCONTROL, LANCETAS, AGUJAS PAR LAS PLUMAS DE INSULINA, JERINGAS, ETC.**

# IMPRESO DE PRE-INSCRIPCIÓN

## AUTORIZACIÓN PATERNA

Don/Dña (\*\*\*) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como padre / madre o tutor / tutora legal, Don/Dña (\*\*\*) \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, como padre / madre o tutor / tutora legal

Doy/ Damos la autorización para que nuestro/a Hijo/a \_\_\_\_\_ asista a las colonias que organiza Associació de Diabètics de Catalunya en el verano del 2008.

La Asociación contratará una póliza colectiva de seguro de accidentes y el que autoriza la asistencia a Colonias, renunciará a cualquier acción que responsabilice a la Asociación o a los organizadores, de cualquier enfermedad o accidente que pudiese suceder en el transcurso de las colonias.

También hago extensiva la autorización a las decisiones medico - quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente.

Autorizo a que las imágenes captadas durante el transcurso de la actividad puedan ser utilizadas por la Asociación para la difusión de las actividades de la ADC.

Firma:

Firma:

Nombre del padre  
o tutor legal: \_\_\_\_\_  
NIF: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre  
o tutora legal: \_\_\_\_\_  
NIF: \_\_\_\_\_

\*\*\*\* como mínimo debe firmar la persona que ostenta la patria potestad del niño o niña

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE

- Para que esta pre-inscripción sea válida debe de hacerse el ingresos de la paga y señal (mínimo 120,00 euros) en la cuenta corriente **2041.0104.81.0040022456 de la Caixa Manresa. Titular: ADC. En el documento bancario del ingreso se debe hacer constar el Nombre y Apellidos y la Fecha de nacimiento del niño.**
- El período de pre-inscripción se cierra el **viernes día 6 de junio de 2008**. Una vez aplicados los criterios de puntuación publicados en los trípticos, el día **11 de junio** se comunicará la aceptación o no de la pre-inscripción. La paga y señal, solo se devolverá si la pre-inscripción no es aceptada y si la no asistencia es por una causa médica justificada.
- El **segundo pago** se debe hacer una vez comunicada la aceptación de la pre-inscripción y como muy tarde UNA SEMANA antes del inicio de las colonias o campamentos.
- En caso de sufrir una dolencia aguda en el momento de asistir a las colonias, que no conste en esta ficha, se ruega **informar por escrito** al médico responsable del grupo.
- **Es obligatorio acudir a la reunión informativa que se celebrará el día 14 de junio de 2008 por la tarde en la Casa Elizalde, calle València, 302 de Barcelona (lado mar, entre Pau Claris y Roger de Llúria). Se indicará la hora de la reunión en función del turno asignado.** En esta reunión se entregaran los horarios de salida y llegada y el listado de material a llevar por cada niño.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA Las hojas de pre-inscripción deberán entregarse en cualquier delegación de la Associació de Diabètics de Catalunya.

PARA LA ATENCIÓN DE LAS CONSULTAS RELACIONADAS CON LAS COLONIAS PODÉIS LLAMAR AL TELÉFONO 93 451 36 76 de 16 a 20 horas, de lunes a jueves.

**ADJUNTAR UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA Y DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES DEL NIÑO/A A ESTE IMPRESO**