

SOLICITUD DE PLAZA - CAMPAMENTO ASDIPAS

En _____, a ____ de _____ del 202_

INFORMACIÓN BÁSICA:

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: [☐] Masculino / [☐] Femenino

Dirección completa: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono y nombre de contacto (Padres/Tutores): _____ / _____

Correo electrónico: _____ / _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Diabetes: Tipo: [☐] Tipo 1 / [☐] Tipo 2

Fecha debut: _____

Medicación actual: _____

Nombre hospital y médico/a tratante:

¿Ha tenido hipoglucemias graves en el último año? [☐] Sí / [☐] No

INFORMACIÓN ADICIONAL:

¿El menor tiene alguna otra patología? [☐] Sí / [☐] No

(Especificar y explicar brevemente en caso necesario)

¿El menor tiene alguna alergia alimentaria o medicamentosa? [☐] Sí / [☐] No
(Especificar)

¿Ha asistido anteriormente a algún campamento para personas con diabetes? [☐] Sí / [☐] No

Indique el nombre, el año y la ubicación del campamento: _____

