



CAMPAMENTOS DE VERANO PERMISO DE ASISTENCIA

Yo Padre/Madre/Apoderado del(a) menor otorgo el permiso correspondiente a fin de que asista a la semana de campamento, comprendida desde el al del mes de del 20....

Declaro bajo juramento, que mi hijo/hija/hijos no presenta en el momento actual síntomas respiratorios compatibles con la COVID-19 y que no ha estado expuesto a personas con la enfermedad o con síntomas en los últimos 14 días.

SIGNO/SÍNTOMA	SI	NO
Pérdida del sentido del olfato o gusto		
Fiebre o sensación de alta térmica		
Dolor de garganta o muscular		
Está tomando alguna medicación		
Tos, estornudos o dificultad para respirar		
Expectoración o flema amarilla o verdosa		

Entendiendo, que en caso el niño/niña presente síntomas durante su estadía se me comunicará oportunamente y será puesto en un espacio separado temporalmente, hasta que pueda recogerlo.

Entiendo que en caso de otro tipo de enfermedad y/o accidente durante su estadía en el campamento, la institución le brindará la atención de salud preventiva y PRIMEROS AUXILIOS, la misma que consiste en el traslado a la posta médica de Picapiedra o Pachacámac, según sea el caso, siendo de **mi exclusiva responsabilidad**, su posterior traslado, a otro Centro Médico y tratamiento correspondiente, exonerando a BCM Perú, de todo compromiso económico y/o responsabilidad.

En conformidad de lo antes expresado firmo este permiso

Firma: _____ DNI del padre: _____

Fecha: _____ Celular: _____



CAMPAMENTOS DE VERANO FICHA MÉDICA DEL CAMPERO

Nombre del Campero: _____

DNI del Campero: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Madre/Apoderado: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Tiene enfermedades o afecciones que considerar:	SI	NO
Asma		
Bronquitis		
Problemas Gastrointestinales		
Afecciones a los oídos		
Afecciones a los ojos		
Otros (Indicar)		

Alergias:

Sigue algún tratamiento:

Observaciones

Firma Padre/Madre/Apoderado

Fecha