

EQUIPAXE RECOMENDADA

SAIDA DE 7 DIAS/6 NOITES (Primaria e Secundaria)



Roupa de diario:

- Roupa interior: calcetíns e muda diaria
- Conxunto de camiseta de manga curta ou chandal completo ou pantalosn e sudadeira para cada día.
- 1 impermeable / cazadora / abrigo
- Pixama ou roupa exclusiva para durmir
- 2 pares de zapatos: zapatillas deportivas ou similar.

Artigos de baño:

- 1 xogo de aseo persoal completo (cepillo e pasta dental, peine, xel de baño, desodorante, colonia, etc.)
- 2 toallas (unha para a ducha y outra para a praia)
- 2 traxes de baño
- Chanclas para a ducha
- **Obligatorio: Saco de durmir**

Non é necesario e non deberías traer:

- comida e/ou bebida extra
- consolas, videoxogos, mp3, mp4, I-pod ou diskmans (optamos polos xogos e música para máis dunha persoa)
- gafas de buceo, hinchables acuáticos ou calquera outro complemento para o tempo de baño na praia.
- Teléfono móbil
- Elementos perigosos para a seguridade de un mesmo ou dos de arredor: navalliñas, texoiras, coitelos, etc.
- Calquera calzado de tacón ou que non se suxeite ao pé (salvo as chanclas para uso EXCLUSIVO na ducha).

Non esquezas:

- 1 linterna (con extra batería)
- Crema protectora
- Gorra, visera o pañuelos para la cabeza.
- Loción antimosquitos
- Podes traer: Libros, revistas ou comics para lver o o teu peluche para durmir
- Fanequeira. Mochila pequena. Bolsa para roupa sucia

Recomendacións importantes:

- **Todos os participantes deberán traer a cartilla sanitaria (privado ou seguridade social) ORIXINAL. Dado que son personalizadas deben acompañar ao usuario xa que surden problemas á hora de presentar fotocopia.**
- **É convinte ca roupa e obxetos vaian MARCADOS co nome e apelidos (é suficiente con bolígrafo na etiqueta).**
- **No caso de tomar algún medicamento os educadores responsabilizaranse da súa custodia e administración. Convén escribir na caixa do envase: nome, dosis, horas... NON TRAER MEDICAMENTOS NON NECESARIOS (ibuprofeno, aspirina, paracetamol...)**

DATOS PERSOAIS E AUTORIZACIÓN

Nome _____

Apelidos _____

Sexo _____ Data nacemento _____

Nº Cartilla Sanitaria _____

Outras: _____

Nivel de natación do alumno: _____

Se o seu fillo/a está tomando algunha medicación que debamos administrarlle indique o medicamento, dosis e frecuencia.

OUTROS DATOS

Nome do pai _____

Nome da nai _____

Teléfonos de contacto

PAI: _____ / _____

NAI: _____ / _____

OUTROS: _____ / _____

MEDICAMENTO	Dose	Frecuencia
E.J. Ibuprofeno	100mg	Cada 8 horas

ENFERMIDADES PADECIDAS

Alerxias (alimentos, medicinas ou outras) e dietas especiais

Marque cun X calquera incidencia que padeza ou padecera o seu fillo/a.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Trastornos de audición |
| <input type="checkbox"/> Mareos no coche | <input type="checkbox"/> Deficiencias visuais |
| <input type="checkbox"/> Come mal | <input type="checkbox"/> Durme mal |
| <input type="checkbox"/> Micción noturna | <input type="checkbox"/> Estreñimento |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Rubéola |
| <input type="checkbox"/> Papeiras | <input type="checkbox"/> Catarros frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anxinas |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Apendicite |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Convulsións |
| <input type="checkbox"/> Enfermidade Cardíaca | <input type="checkbox"/> Alerxias |

Como titor pai/ nai, AUTORIZO a asistencia do meu fillo ás actividades organizadas polo Cámping Os Fieitás SL e así mesmo CERTIFICO que todos os datos anteriores son certos completos y que o alumno respectará as condicións xerais das nosas actividades. Dou o meu consentimento expreso para que o meu fillo/a apareza nas fotografías ou vídeos que se publiquen na páxina web do Cámping (www.fieitás.com) e/ou redes sociais de forma individual ou de grupo, durante a realización de actividades, con fins non lucrativos para a promoción e difusión das devanditas actividades.

DOU NON DOU A MIÑA
AUTORIZACION
(Marque cun x o recadro en caso de autorizar)
ASINADO DATA

Entregar á Dirección á chegada ás instalacións

SE
HA
Z
A
P
A
R
T
I
D
O
D
E
O
S
N
O
S
O
R
O
S

PROTOCOLO COVID 19 - FIEITÁS



Neste código QR accederá ao protocolo de prevención da COVID-19 no Camping Os Fieitás. A participación nas actividades organizadas por esta entidade suporá a plena aceptación destas medidas, así como a obrigatoriedade da colaboración coas accións descritas no mesmo.

Tamén poderá acceder en www.fieitas.com/protocolo-da-covid-19

DECLARACIÓN RESPONSABLE

En a de.....de 20....

D/D^a.....con DNI nº.....
.....actuando en nome propio e como pai/madre/tutor (táchese a que non proceda) do
niño/niña
..... inscrito como participante en o Campamento FIEITAS Organizado por Camping os Fieitás
que se desenvolverá del.....alde.....de 20....

DECLARA:

- Que he sido informado/a, conozco e acepto os termos íntegros do Protocolo Higiénico-Sanitario que ha de levarse a cabo en dicho Campamento e proporcionado por a propia organización. Asimismo, soy consciente de los posibles riesgos derivados de la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 y los asumo bajo mi responsabilidad.
- Que el participante durante los 14 días previos a la entrada al campamento no ha sufrido ni tos, ni fiebre, ni cansancio o falta de aire, además de no haber estado en contacto con nadie con dicha sintomatología propia del COVID-19.
- Que en el caso de que el campamento se realice sin pernocta, o realice alguna interrupción en el mismo para una posterior incorporación, me comprometo a comunicar a la organización cualquier alteración en el estado de salud del participante con carácter previo a su incorporación y en su caso la causa de la ausencia del participante.
- Que conforme al protocolo descrito, en el caso de que el participante fuese diagnosticado como positivo de COVID-19 en los 14 días siguientes a la terminación del campamento, me comprometo a comunicar al correo electrónico camping@fieitas.com dicha circunstancia a la organización, con el fin de que ésta proceda a informar al resto de familias de los participantes en el mismo turno.

Y para que conste, firmo en el lugar y fecha arriba indicados Fdo: D/ Dña.....