



# CAMPAÑA DE NATACIÓN 2024.

## GUARDERÍA ACUÁTICA

### INFORMACION IMPORTANTE PADRES/MADRES

#### 1. HORARIOS

- a. **ENTRADA: 9:00 H Y 10:00H – PUERTA DE ACCESO FRENTE PISTA TENIS**
- b. **SALIDA: 12:45 H - PUERTA DE ACCESO FRENTE PISTA TENIS**

#### 2. NORMAS A TENER EN CUENTA:

##### **a. CONTROL DE ESFÍNTERES POR PARTE DEL ALUMNO/A.**

##### **b. LOS/LAS ALUMNOS/AS, DEBERÁN DE TRAER DESDE CASA:**

- DEBERÁN VENIR DESDE CASA, CON LA ROPA DE BAÑO PUESTA.
- LAS CAMISETAS, BAÑADORES, TOALLAS, ZAPATILLAS, MOCHILAS, ETC. DEBERÁN LLEVAR EL NOMBRE DE LOS NIÑOS/AS.
- TRAER CREMA SOLAR DESDE EL DOMICILIO.
- DESAYUNO PREFERENTEMENTE SALUDABLE, ( **NO CHUCHERIAS, BOLLERIA INDUSTRIAL**).
- **NO TRAER JUGUETES DE CASA, POR MUY PEQUEÑOS QUE SEAN.**

#### 3. INFORMACION GENERAL:

- a. **CARNET PLASTIFICADO: CUMPLIMENTAR DATOS DEL ALUMNO/A Y FOTO.**
- b. **CUESTIONARIO SALUD DMD. CUMPLIMENTAR ANEXOS.**
  - i. PATOLOGÍAS
  - ii. ENFERMEDADES IMPORTANTES A TENER EN CUENTA
  - iii. MEDICAMENTOS
  - iv. FOBIAS, ETC.
- c. **MODELO INFORMACIÓN GENERAL**
  - i. SOBRE EL CARÁCTER DEL NIÑO/A (TRAVIESO, MIEDOSO, EXTROVERTIDO, TIMIDO, ETC)
  - ii. SOBRE LOS GUSTOS DEL NIÑOS/AS. (PINTAR, CANTAR, CORRER,ETC).
  - iii. PERSONAS AUTORIZADAS. Y TELÉFONOS DE CONTACTOS
  - iv. INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE SITUACIÓN ESPECIAL FAMILIAR. QUE TENGA QUE CONOCER LAS MONITORAS.

**DMD**



# CAMPAÑA DE NATACIÓN 2024.

## GUARDERÍA ACUÁTICA

### INFORMACION IMPORTANTE PADRES/MADRES

#### Datos personales del alumno/a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Vive con: \_\_\_\_\_

#### Datos personales del padre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

#### Datos personales Madre:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

#### Teléfonos de emergencias:

| NOMBRE Y APELLIDOS | TELÉFONO |
|--------------------|----------|
|                    |          |
|                    |          |

#### Persona/s autorizadas para recoger al alumno/a:

| NOMBRE Y APELLIDOS | DNI | TELÉFONO |
|--------------------|-----|----------|
|                    |     |          |
|                    |     |          |

#### PATOLOGÍAS ALUMNO/A ( CUMPLIMENTAR MODELO DE SALUD):

|  |
|--|
|  |
|--|

#### INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE SITUACIÓN ESPECIAL FAMILIAR. ( SI PROCEDE)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### PERMANENCIA EN EL CENTRO DEL ALUMNO/A :

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| PERIODO: JULIO: <input type="checkbox"/> | AGOSTO: <input type="checkbox"/> |
| LUGAR: PISCINA MUNICIPAL - VASO CHAPOTEO |                                  |
| MARTES A VIERNES                         | DE 9:00 H A 12:45 H              |