



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)

## COLÒNIES I CAMPAMENTS ESTIU 2015 - per a nens i joves amb diabetis

# IMPRÈS D'INSCRIPCIÓ

Núm.d'ordre	
-------------	--

### **MOLT IMPORTANT:**

Escriviu les dades amb lletres MAJÚSCULES o a màquina. És important omplir totes les caselles.

Lliureu aquest imprès, que està format per quatre pàgines, a qualsevol seu de l'ADC. Adjunteu-hi una fotocòpia de la targeta sanitària de la seguretat social del participant i del calendari de vacunacions.

TORN SOL·LICITAT			
Número de soci		Delegació	

Nom del nen	Cognoms del nen	Data naixement	Edat
-------------	-----------------	----------------	------

Nom i cognoms del pare (o tutor)	NIF pare (amb la lletra)	Activitat professional
Nom i cognoms de la mare (o tutora)	NIF mare (amb la lletra)	Activitat professional

Nom del centre d'acollida (si s'escau)	NIF responsable centre d'acollida	Nom i cognoms del responsable del centre d'acollida
--	-----------------------------------	---

Adreça		Codi postal	Població	
Telèfon familiar	Altres telèfons	1r telèfon urgències	2r telèfon urgències	3r telèfon urgències

E-mail
--------

Escola	Població	Curs Escolar
--------	----------	--------------

Nombre de germans (inclòs el participant i indicant edats i sexe: M/F)	Núm. de la Seguretat Social	Titular de la Cartilla de Seguretat Social
--	-----------------------------	--

Metge - endocrinòleg que el porta (Nom i cognoms)	Centre mèdic	Telèfon del metge
---	--------------	-------------------

**COLÒNIES I CAMPAMENTS ESTIU 2015 - per a nens i joves amb diabetis  
IMPRÈS D'INSCRIPCIÓ**

Nom del nen o nena	Cognoms del nen o nena
--------------------	------------------------

**INFORME MÈDIC**

A complimentar pel metge especialista. A baix cal fer-hi constar el nom i el número de col·legiat, la firma i el segell.  
Sense aquests requisits NO serà admesa la inscripció.

**Escriviu les dades amb lletres MAJÚSCULES o a màquina.**

**És important omplir la pauta i dosi que porta just abans de les colònies.**

**Cal omplir totes les dades.**

**TRACTAMENT INSULÍNIC . Si porta perfussor d'insulina, indicar el model del perfussor i adjuntar full amb la programació del perfussor.**

	ESMORZAR	MIG MATÍ	DINAR	BERENAR	SOPAR	RESOPÓ
LENTA _____						
RÁPIDA _____						
ALTRE TIPUS _____						
RACIONS D'HIDRATS DE CARBONI						
SUPLEMENTS D'INSULINA RÁPIDA						

OBSERVACIONS. \_\_\_\_\_

Té algun altre patologia o complicació mèdica? o SÍ o NO Quin? \_\_\_\_\_

Té algun problema psicològic (hiperactivitat, anorèxia, problemes conductuals o de relació)?

SÍ o NO Quin? \_\_\_\_\_

Pren algun medicament? o SÍ o NO Quin? \_\_\_\_\_

Especifiqueu dosi i horar \_\_\_\_\_

Té al·lèrgia a algun aliment, medicament o producte? o SÍ o NO Quin? \_\_\_\_\_

**Li han posat la vacuna contra el tètanus ?** o SÍ o NO

**Li han posat contra l'hepatitis B ?** o SÍ o NO

**RÈGIM DIETÈTIC: Número Kilocalories** \_\_\_\_\_

a) Altres restriccions dietètiques (intoleràncies,.....) \_\_\_\_\_

b) OBSERVACIONS. \_\_\_\_\_

Nom i cognoms del Col·legiat	Número de Col·legiat	Data de l'informe
------------------------------	----------------------	-------------------

Segell i signatura:

**COLÒNIES I CAMPAMENTS ESTIU 2015 - per a nens i joves amb diabetis  
IMPRÈS D'INSCRIPCIÓ**

Nom del nen o nena	Cognoms del nen o nena
--------------------	------------------------

**ALTRES DADES - AQUEST FULL L'HAN D'OMPLIR TOTS ELS PARTICIPANTS**

Nen o nena amb diabetis?  SÍ  NO Data de l'inici de la diabetis \_\_\_\_\_

Si té familiars diabètics, especifiqueu-ho \_\_\_\_\_

Descompensacions recents (últims 2 anys)

Mes/ any	motiu	va ser ingressat	
_____	_____	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
_____	_____	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO

Té alguna complicació tardana de la diabetis ? \_\_\_\_\_

**LES PREGUNTES SEGÜENTS LES HAN DE RESPONDRE TOTS ELS PARTICIPANTS**

**Pateix Enuresis ? (es fa pipí a la nit)**  SÍ  NO  
Es mareja quan va amb cotxe/autobús?  SÍ  NO

**EXERCICI FÍSIC**

Sap nedar?  SÍ  NO Fa exercici físic regularment ?  SÍ  NO

Amb quina freqüència ? \_\_\_\_\_

Quant de temps li dedica cada vegada ? \_\_\_\_\_

Quin tipus d'exercici o esport practica ? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONS \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓ DIABETOLÒGICA**

Ha rebut educació individual ?  SÍ  NO  
Ha assistit a cursos sobre diabetis i /o sessions de formació continuada ?  SÍ  NO  
Ha assistit a colònies per a nens i adolescents amb diabetis anteriorment?  SÍ  NO

Organitzades per ?  ADC  Altres entitats: \_\_\_\_\_

Als anys ?  abans del 2011  S.Santa-11  estiu-11  S.Santa-12  estiu-12  
 S.Santa-13  estiu-13  S.Santa-14  estiu-14  S.Santa-15

**RECORDEU QUE: SI EL NEN PREN MEDICACIÓ PER ALTRES MALALTIES QUE NO SINGUIN LA DIABETIS, CAL QUE FIGURIN A L'INFORME MÈDIC I LES HA DE PORTAR. SI DURANT AQUEST TORN S'HA D'ANAR A COMPRAR ES PASSARÀ EL CÀRREC CORRESPONENT ALS PARES.**

**ELS NENS HAURAN DE PORTAR LA SEVA INSULINA PER TOTS ELS DIES DE L'ACTIVITAT, L'ASSOCIACIÓ FACILITARÀ LA RESTA DE MATERIALS CONSUMIBLES: TIRES D'AUTOCONTROL, LLANCETES, AGULLES PER LES PLOMES D'INSULINA, XERINGUES, ETC.**

**COLÒNIES I CAMPAMENTS ESTIU 2015 - per a nens i joves amb diabetis**  
**IMPRÈS D'INSCRIPCIÓ**

Nom del nen o nena	Cognoms del nen o nena
--------------------	------------------------

**AUTORITZACIÓ DEL PARE / MARE / TUTOR/A:**

En \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, com a pare o tutor legal, i Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, com a mare o tutora legal **AUTORITZEM AL NOSTRE/A FILL/A** per què assisteixi a les colònies d'estiu d'aquest any 2015, organitzades per ADC.

L'Associació contractarà una pòlissa col·lectiva d'assegurança d'accidents i el que autoritza l'assistència a Colònies, renunciarà a qualsevol acció que responsabilitzi l'Associació o els organitzadors, de qualsevol malaltia o accident que pogués succeir en el transcurs de les colònies.  
També faig extensiva l'autorització a les decisions medico - quirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa pertinent.  
Autoritzo a que les imatges captades durant el transcurs de l'activitat puguin ser utilitzades per l'Associació per a la difusió de les activitats de l'ADC.

**AUTORITZACIÓ DELS DRETS D'IMATGE:**

*Atès que el dret a la pròpia imatge és reconegut en l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, l'Associació de Diabètics de Catalunya demana poder publicar fotografies i vídeos on apareguin els seus fills i filles i on siguin clarament identificables.*

**Sí Autoritzo:**

Que la imatge dels meu/a fill/a pugui aparèixer en fotografies i vídeos corresponents a activitats realitzades durant les Colònies de Setmana Santa organitzades per l'Associació de Diabètics de Catalunya.

En qualsevol cas, es garanteix la protecció del dret a l'honor, a la intimitat i a la pròpia imatge, d'acord amb la legislació vigent.

Accepto que el present document constitueixi prova de cessió, i per a què així consti signo la present en la data i lloc indicades.

Signatura:

Signatura:

Nom del pare: \_\_\_\_\_ Nom de la mare: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

\*\*\*\* com a mínim ha de signar la persona que ostenta la pàtria potestat del nen o nena.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**COLÒNIES I CAMPAMENTS ESTIU 2015 - per a nens i joves amb diabetis**  
**IMPRÈS D'INSCRIPCIÓ**

Nom del nen o nena	Cognoms del nen o nena
--------------------	------------------------

**IMPORTANT**

- Per a que aquesta inscripció sigui vàlida s'ha d'haver fet l'ingrés de la paga i senyal (mínim 180 euros) al compte corrent de Catalunya Caixa IBAN: ES76 2013-6104-4602-0022-4570, BIC: CESCESBBXXX. Titular: ADC. En el document bancari de l'ingrés s'hi ha de fer constar el Nom i Cognoms i la data de naixement del nen.
- El termini d'inscripció es tanca el **divendres dia 19 de juny de 2015**. La paga i senyal només es tornarà si la no assistència és per una causa mèdica justificada o en el cas en que no es realitzi el grup sol·licitat i no es participi en cap altre grup.
- El **segon pagament** s'ha de fer com a molt tard UNA SETMANA abans de l'inici de les colònies o campaments.
- Com que les places són limitades, es cobriran tenint en compte l'ordre de la data de l'ingrés bancari. Es donarà preferència als nens i nenes amb diabetis que no hi han participat mai.
- En cas de patir una dolència aguda en el moment d' assistir a les Colònies, que no consti en aquesta fitxa, es prega **informar per escrit** al metge responsable del grup.
- **És obligatori assistir a la reunió informativa que es celebrarà el dia 27 de juny al matí a l'Agència de Salut Pública, carrer Roc Boronat, 81-95 (Edifici Salvany) de Barcelona. La reunió pels participants en els grups de campaments serà a les 10h. i la dels participants en el grup de colònies a les 11h.** En aquesta reunió es lliuraran els horaris de sortida i arribada i el llistat de material a portar per cada nen.

**INFORMACIÓ COMPLEMENTÀRIA**

Els fulls de pre-inscripció hauran de lliurar-se a qualsevol delegació de l'Associació de Diabètics de Catalunya.

**PER A L'ATENCIÓ DE LES CONSULTES RELACIONADES AMB LES COLÒNIES PODEU TRUCAR AL TELÈFON 93 451 36 76 de 16 a 19 hores, de dilluns a dijous.**

**ADJUNTAR UNA FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA I DEL CALENDARI DE VACUNACIONS DEL NEN/A A AQUEST IMPRÈS**