

CAMPAMENTO VERANO 2017

DATOS DEL PARTICIPANTE	
APELLIDOS:	NOMBRE:
D.N.I.:	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD:	CP:
TELÉFONO 1:	TELÉFONO 2:
CORREO ELECTRÓNICO:	
CENTRO EDUCATIVO:	CURSO:
LOCALIDAD:	

DATOS SANITARIOS		
Nº TARJETA SANITARIA:		
¿Padece algún tipo de lesión, alergia, enfermedad o discapacidad?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar:		
¿Padece alguna intolerancia?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar:		
¿Vacunación completa?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si toma alguna medicación indique por qué motivo y cuál es la dosis que hay que suministrarle:		
DATOS DE INTERÉS		
¿Sabe nadar?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Observaciones:		
DATOS FAMILIARES		
Padre:	D.N.I.:	TELÉFONO:
Madre:	D.N.I.:	TELÉFONO:
Correo electrónico 1:	Correo electrónico 2:	
Estado civil actual:		
En caso de separación indicar quién tiene la guarda y custodia del menor:		

AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD
D./D ^a :.....con D.N.I. nº:.....
AUTORIZO A mi hijo/a a asistir a la actividad de referencia, de acuerdo con las condiciones establecidas en la convocatoria, asimismo acredita que sus condiciones físico sanitarias son aptas para participar en la actividad.
Fdo.:..... Fecha:.....

*HAY QUE PRESENTAR CON ESTA FICHA UN CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO DEL PARTICIPANTE.