



DATOS PERSONALES

Nombre del participante _____
 Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección: _____ Código postal: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Nombre y apellidos del padre: _____
 DNI: _____ Teléfono : _____
 Nombre y apellidos de la madre _____
 DNI: _____ Teléfono : _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL PARTICIPANTE: (no incluido los padres)

DATOS MÉDICOS DEL PARTICIPANTE

¿Padece alguna enfermedad? _____ ¿Cuál? _____
 ¿Tiene alguna alergia? _____ ¿Cuál? _____
 ¿Toma medicación? _____
 Nombre del/los medicamentos: _____
 ¿Cómo administrarlo/os? _____

AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS DE LOS NIÑOS/AS

Don.....con DNI.....y
 Doña.....con DNI..... responsables
 legal del niño.....
 AUTORIZAMOS NO AUTORIZAMOS

AUTORIZACIÓN DE LA MADRE, PADRE O TUTOR PARA LAS ACTIVIDADES

Yo, D.....con DNI.....y
 Dª.....con DNI....., como
 responsables legales del niño..... le
 autorizamos a asistir a los campamentos urbanos en las fechas que detallo a continuación y certifico
 que no padece ninguna enfermedad física o psíquica que le impida la convivencia en grupo.

En el supuesto de necesitar TRATAMIENTO MÉDICO URGENTE, de ser intervenido o
 internado sin haber podido localizar al padre / madre o tutor LA DIRECCIÓN DE LA ACTIVIDAD queda
 AUTORIZADA a tomar las medidas que sean necesarias al efecto.

Puentes viejas, a _____ de _____ del 2018.

Firma de los Responsables Legales del participante.