



### 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.