



FOTO



VIAJE DE FIN DE CURSO
MULTIAVENTURA EN PARQUE NATURAL DEL ALTO TAJO
GUADALAJARA
CEIP FELIX RODRÍGUEZ DE LA FUENTE DE COSLADA

DATOS DEL PARTICIPANTE

APELLIDOS.....NOMBRE.....
EDAD DURANTE LA ACTIVIDAD.....
DIRECCIÓN.....LOCALIDAD.....C.P.
NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS PADRES / TUTORES.....
TELEFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD.....
E-MAIL

DATOS DE INTERES:

¿SABE NADAR? (MARCAR LO QUE PROCEDA) SI NO POCO
¿HA PARTICIPADO ALGUNA VEZ EN UNA ACTIVIDAD SIMILAR? NO SI
¿DONDE?.....
OBSERVACIONES / OTROS DATOS

FECHA DE LA ACTIVIDAD

DEL 26 AL 30 DE JUNIO DE 2.013

FICHA MEDICA

TIPO DE SEGURO (MARCAR LO QUE PROCEDA) (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE LA SEGURIDAD SOCIAL)

- SEGURIDAD SOCIAL ASEGURADO/A.....
 SEGURO PRIVADO

COMIDA: NECESITA ALGUN REGIMEN ESPECIAL DE ALIMENTACIÓN: NO SI
¿CUÁL?.....

ALERGIAS: ¿PRESENTA ALGUN TIPO DE ALERGIA? NO SI
¿CUÁL?.....

ENFERMEDADES: ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? NO SI
¿CUÁL?.....

¿HA PADECIDO ÚLTIMAMENTE ALGUNA LESION? NO SI
¿CUÁL?.....

(SI SE ENCUENTRA BAJO MEDICACIÓN, ADJUNTAR LA RECETA O EL INFORME MEDICO DONDE SE ESPECIFIQUE EL MEDICAMENTO QUE DEBE TOMAR, PARA QUÉ Y LAS HORAS EN QUE SE DEBE ADMINISTRAR)

OBSERVACIONES:



AUTORIZACIÓN PATERNA, MATERNA O DEL TUTOR/A

D./Dña. con D.N.I.
en calidad de (padre, madre o tutor/a) AUTORIZA al participante anteriormente
indicado a realizar las salidas programadas durante el Campamento a celebrar del 26 al
30 de junio de 2013.

Declara conocer y aceptar las condiciones y normas que la organización ha impuesto
para dicha actividad y renuncia de manera expresa a emprender cualquier acción legal
contra la propia organización ante circunstancias que sean imputables a desobediencia
o negligencia del participante.

Así mismo,

- SI Autorizo a captar imágenes de las actividades donde aparezca mi hijo/a
que podrán utilizarse con fines divulgativos
- NO Autorizo a captar imágenes de las actividades donde aparezca mi hijo/a
que podrán utilizarse con fines divulgativos

Por último, el firmante se hace responsable de los perjuicios que pueda ocasionar a su
hijo/a, tutelado/a, en caso de omitir datos médicos referentes al estado de salud del
participante.

....., a de de 2012

FIRMA PADRE, MADRE, TUTOR/A