



FOTO

SEÑALE LA ACTIVIDAD A LA QUE SE INSCRIBE:

CAMPAMENTO INDIO EN LA SERRANÍA DE CUENCA.

DEL 1 AL 7

DEL 7 AL 13

DEL 1 AL 13

MULTI-AVENTURA EN LA SERRANÍA DE CUENCA.

DEL 1 AL 7

DEL 7 AL 13

DEL 1 AL 13

CAMPAMENTO NAUTICO EN MURCIA del 11 al 20 de Julio.

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

F. NAC. _____ / _____ / _____

D.N.I. _____

TELF FIJO _____

TELF MOV _____

CORREO ELECTRÓNICO INSCRITO _____

CORREO ELECTRÓNICO FAMILIA _____

DIRECCIÓN _____

POBLACIÓN _____

PROVINCIA _____

OTROS DATOS DE INTERÉS:

¿Participó el año pasado en alguna actividad de la Campaña de Verano del Ayuntamiento de Tres Cantos? _____ ¿En cual? _____

Centro Educativo al que asistió en el curso 2012/2013:

¿Sabe nadar? _____

Y cual es su nivel?

BAJO

MEDIO

ALTO

Para el Campamento Náutico: ¿tiene conocimientos de Vela?

Para el Campamento en Cuenca:

Interesado en contratar las 10 horas de clases de inglés semanal:

SI

NO

¿Cuántas veces a la semana te parece adecuado que te llame tu hijo/a desde el Campamento?

En caso de padres separados, por favor indicarnos a qué progenitor hay que llamar.

Anote aquellos otros datos que crea que debemos conocer de su hijo/a:



AUTORIZACIÓN

D./D^a.: _____ con D.N.I.: _____

Autorizo a mi hijo/a _____

a asistir a la actividad antes indicada aceptando las normas generales. Asimismo certifico que las condiciones físico – sanitarias de mi hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad elegida. Además, autorizo al Ayuntamiento de Tres Cantos a usar cualquier foto o vídeo relacionado con el campamento que incluya imágenes de mi hijo/a para utilizarlas en publicidad y/o promoción de esta actividad.

En Tres Cantos a _____ de _____ de 2.013.

Fdo.: Padre _____ Madre: _____

Tutor: _____

CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Durante el desarrollo de la actividad (en el caso de que no se encuentre en los teléfonos habituales) avisar a:

_____ Teléfono: _____

DATOS MÉDICOS

Cuál crees que es aprox. la forma física de tu hijo/a: MALA NORMAL BUENA MUY BUENA ¿Tiene alguna discapacidad?

Indicar:

¿Padece alguna enfermedad? Toma algún tratamiento médico.

Indicar:

¿Es alérgico a algún medicamento?

Indicar:

¿Tiene alguna otra alergia?

Indicar:

Vacunado según calendario oficial: S NO

Vacunas especiales:

Requiere algún régimen alimenticio especial.

Indicar:

Pertenece a la Seguridad Social: S NO

En caso de que no, a qué Compañía Sanitaria pertenece:

Indicar:
En caso de que sea necesario administrar medicamento, adjuntar informe médico.

Observaciones médicas: