

datos PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL JOVEN PARTICIPANTE

FECHA DE NACIMIENTO CENTRO ESCOLAR

NOMBRE MADRE / PADRE / TUTOR / A NOMBRE MADRE / PADRE / TUTOR / A

CALLE

C.P.

LOCALIDAD

PROVINCIA

E-MAIL

MÓVIL DE CONTACTO

datos MÉDICOS

¿Tiene alguna alergia o intolerancia a algún alimento, condimento o medicamento?

¿A cuál?

Observaciones al respecto

¿Durante su estancia en la actividad debe medicarse?

Indicar el nombre del medicamento

Horario de las tomas

Cantidad a administrar

Duración del tratamiento

Nota: Los medicamentos a administrar durante la estancia deberán ser aportados por los/las participantes.

Otras

Observaciones

Autorización

Yo (nombre del padre/madre o tutor/a)

en calidad de (padre/madre o tutor/a)

, autorizo a (Nombre participante)

a que se le preste todas las atenciones médicas de cualquier tipo que se requieran, en caso de urgencia.

He leído y Acepto todas las instrucciones de participación de la actividad D./Dña.