

# DATOS PERSONALES DE LA PERSONA PARTICIPANTE

**NOMBRE Y  
APELLIDOS**

**FECHA DE  
NACIMIENTO**

**CENTRO  
ESCOLAR**

**NOMBRE DEL PADRE  
MADRE/TUTOR/A**

**TFNO DEL  
PADRE/MADRE  
/TUTOR**

**DIRECCIÓN**

**C.P.**

**LOCALIDAD**

**MÓVIL DE  
CONTACTO**

**PROVINCIA**

**MAIL**

## **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: DEL DE AL DE**

**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.**

**(FIRMA Y FECHA)**