

Datos Personales

Nombre y Apellidos de la persona 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

¿Durante la estancia en la actividad debe medicarse?

Indicar el nombre del medicamento

Horario de la toma

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 de la madre/padre o tutor/a)

en calidad de padre/madre o tutor/tutora
bre participante)

, autorizo a (nom-

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

He leído y acepto todas las instrucciones de participación en la actividad D/
Dña