



CAMPAMENTO URNIETA '23 (16- 25 de Julio)

Datos personales

Nombre y apellidos del participante: _____ Curso: _____

DNI participante: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Teléfono de contacto y nombre [1]: _____

Teléfono de contacto y nombre [2]: _____

Datos médicos

Es necesario traer la tarjeta original al campamento

Alergias e intolerancias (medicamentos, alimentos, ambientales,...): _____

Tratamiento médico durante el campamento (indique razón, posología,...): _____

En caso de malestar o dolor, indicar tratamiento: _____

Otros datos relevantes: _____

Marca con una X:

¿Sabe nadar?	SÍ	NO
¿Se despierta a menudo por la noche?	SÍ	NO
¿Se mareo con frecuencia?	SÍ	NO
¿Incontinencia urinaria?	SÍ	NO

Todo medicamento necesario deberá ser entregado al equipo animador responsable.

Ellos serán los encargados de su custodia y administración, según se haya indicado.

Autorización

Yo, _____, con DNI _____, como padre/madre/tutor/a AUTORIZO a _____, menor de edad, a participar en el campamento indicado anteriormente en esta ficha, organizado por la "Asociación de Tiempo Libre Atope" con sede en Salesianos Cruces, y también autorizo a tomar las medidas necesarias en caso de urgencia.

De igual modo AUTORIZO a que el personal del campamento administre a mi hijo/a los medicamentos señalados en el apartado anterior, para lo que facilitaré los mismos junto con las indicaciones de administración facilitadas por el médico prescriptor.

Afirmo también que los datos contenidos en esta ficha son verdaderos y exactos.

Firma:

En _____ a _____ de _____ de 2023