

FICHA INSCRIPCIÓN



IDENTIDAD

APELLIDOS:

.....

NOMBRE: EDAD:

.....

D.N.I.: FECHA DE NACIMIENTO:

.....

NACIDO EN:

.....

NOMBRE DEL PADRE:

.....

NOMBRE DE LA MADRE:

.....

CENTRO JUNIORS: ETAPA:

.....

CONTACTO

DIRECCIÓN:

.....

.....

.....

TELÉFONOS DE CONTACTO: *madre*.....

padre.....

AUTORIZACIÓN

D. / Dña. con DNI:

..... autorizo a mi hijo/hija

..... a participar en la acampada de zona que se realizará en el Campamento de Siete Aguas del día 3 al 7 de diciembre de 2010, así como a que se adopten las decisiones oportunas en caso de máxima urgencia con conocimiento y prescripción médica si ha sido imposible la localización.

En, a de de 2010.

Firma y D.N.I.

Por último, ante la posibilidad de que puedan aparecer imágenes o datos de Juniors realizando actividades en distintos medios, como por ejemplo la página web de Juniors, el equipo de educadores, en conformidad con el artículo 18.1 de la Constitución, desarrollado a través de la Ley orgánica 1/1982, del 5 de Mayo, de *Protección civil de derecho al menor, a su intimidad familiar y personal y a la propia imagen* y con la Ley 15/1999, del 13 de Diciembre, sobre la *Protección de Datos de Carácter Personal*, pide el consentimiento del padre y madre para publicar imágenes o datos que, con carácter divulgativo y pedagógico, se puedan realizar a los niños en las diversas actividades. En caso de no querer que se publiquen fotos de su hijo/a en ningún sitio, indicarlo en la autorización; en caso de no estar indicado, se entiende que con la firma está conforme y acepta su publicación.

FICHA INSCRIPCIÓN



DATOS SANITARIOS

GRUPO SANGUÍNEO: RH:

¿Pertenece a algún seguro médico? Cual:

.....

Número de seguro:

.....

¿Padece actualmente alguna enfermedad?

.....

Medicación:

.....

¿Tienes alguna enfermedad crónica? Cual:

.....

Medicación:

.....

.....

¿Eres propenso a alguna enfermedad? Cual (Catarro, estreñimiento, diarrea, migrañas...):

.....

.....

¿Has padecido alguna enfermedad importante? (Intervenciones quirúrgicas recientes).....

.....

.....

ALERGIAS

¿Sigues alguna dieta especial?

SI

NO

Cual:

.....

¿Te sienta mal algún alimento?

SI

NO

(no puedes poner aquello que no te gusta, sino lo que realmente no te sienta bien)

Cual:

.....

Alergias a medicamentos: Sustituto:

.....

Otras

alergias:.....

OTROS

Comenta aquellas cosas que crees que puedan ser importantes.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....