



## Datos del Participante

Nombre	Apellidos	DNI
Fecha de Nacimiento / /	Número de la S.S.	

## Datos del tutor legal

Nombre del Padre / Madre / Tutor Legal	Telf. /	Móvil
DNI		

Nombre del Padre / Madre / Tutor Legal	Teléfono	Móvil	Otro
DNI			

## Como tutor legal del participante

### DECLARO:

Que mi hijo o tutelado sabe y acepta que debe cumplir en todo momento las normas de seguridad y de comportamiento que les sean indicadas por cualquier responsable de la actividad.

Que toda la información contenida en esta ficha es real y completa, y que he puesto en conocimiento de los responsables toda aquella información necesaria para garantizar la seguridad de mi hijo/tutorado y que no existe ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de las actividades.

### AUTORIZO:

Que, en caso de máxima urgencia, los responsables de la actividad tomen las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Sí, Autorizo

Y para que así conste firmo el presente documento



## Datos Médicos

Nº Filiación Seguridad Social, Seguro, Mutua:

Enfermedades pasadas:

SARAMPIÓN     HEPATITIS     CARDIACAS     OTRAS:

ENFERMEDADES CRÓNICAS:

NO     SÍ, especificar:

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA?

NO     SÍ, especificar:

¿SIGUE ALGÚN DIETA ALIMENTARIA BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA?

NO     SÍ, especificar:

Se marear en los viajes:  NO     SÍ

Padece insomnio:  NO     SÍ

Es sonámbulo:  NO     SÍ

Padece enuresis:  NO     SÍ

Sabe nadar:  NO     SÍ

Ha tenido ataques epilépticos:  NO     SÍ

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS  NO     SÍ, especificar:

ALIMENTOS     NO     SÍ, especificar:

OTRAS     NO     SÍ, especificar:

Intolerancias Alimenticias: (Adjuntar informe médico)

VACUNACIONES:

¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones?  NO     SÍ

¿Contra el tétanos?     NO     SÍ, Fecha:

OBSERVACIONES: (Adjuntar más hojas de ser necesario)

