



CAMPUS DE PREESCOLAR, VERANO 2024

Preescolar: _____

Madrugadores: _____ . Tardones: _____

DATOS DEL PARTICIPANTE:

Nombre:

Apellidos:

DNI/NIF:

Fecha Nacimiento:

Dirección:

Población:

Provincia:

Cod postal:

DATOS MÉDICOS:

Alergias:

Condiciones médicas especiales:

Sigue algún tratamiento médico: _____ Especificar el tratamiento:

DATOS DEL PADRE/MADRE /TUTOR:

Nombre:

Apellidos:

DNI/NIF:

Tel fijo/móvil:

RECOMENDACIONES:

-Llevar ropa cómoda y gorra.

-Llevar un tentempié (fruta, bocadillo, cereales, etc.) y agua.

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo que asista a todas las actividades del Campus de Verano 2024 en Arenas de San Pedro, incluido excursiones fuera del recinto habitual. Hago extensiva esta autorización a las decisiones medico quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección médica renunciando expresamente a exigir responsabilidad alguna, al ayuntamiento de Arenas de San Pedro o a sus monitores, por lesiones que pudieran originarse en las prácticas que realizar en el campus, que sumo en su totalidad:

Firma del padre /madre /tutor:

En caso de que al menor le recoja alguien distinto a quien suscribe la instancia indíquese a continuación:

.-

.-

.-