

Preinscripción Campamentos Multiaventura Valle de Arbas

Datos del participante:

Nombre	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/>

Datos del familiar de contacto:

Nombre	<input type="text"/>		
Apellidos	<input type="text"/>		
DNI	<input type="text"/>		
Relación con el/la participante	<input type="text"/>		
Dirección de contacto	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

Datos médicos del participante:

Reacciones alérgicas:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alérgeno	<input type="text"/>	
Síntomas	<input type="text"/>	
Cuidados	<input type="text"/>	
Asma	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Al hacerse alguna herida, ¿El sangrado es normal?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Calendario vacunal según edad y CCAA	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Crisis convulsivas.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de incontinencia urinaria.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de piel	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problema de oído	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de visión.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sabe nadar.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Reacción exagerada tras la picadura de Insecto.

Si No

Manías, fobias reseñables.

Si No

Otros problemas médicos que crean sean de interés:

Medicación y tratamiento

Dietas: En caso de que el niño/a deba seguir algún régimen especial de comidas, indicar a continuación cuáles y el motivo. (Intolerancias a gluten, a lactosa, alergia a huevo, frutas, ...)

Turno/fecha:

Turno 1: Del 7 al 14 de Julio

Turno 2: Del 21 al 28 de Julio

Turno 3: Del 28 al 4 de Agosto

Turno 4: Del 4 al 11 de Agosto

Autorización paterna/materna/tutor (para los menores de 18 años) para la participación en el campamento multiaventura.

Yo,

con DNI nº en calidad de (madre, padre, tutor)

del niño/niña

con DNI nº

autorizo a participar en Los Campamentos de Aventura del Valle de Arbas que se celebra a partir del en la localidad de Cubillas de Arbas, organizado por la empresa TIKI Aventura (TA.24-046)

Firma:

En a fecha de