



## FICHA INSCRIPCIÓN CAMPAMENTO DEPORTIVO MUNICIPAL VERANO 2021

### DATOS PERSONALES PARTICIPANTE

Nombre y Apellidos Niña/o: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Empadronado (Si/No): \_\_\_\_\_. Edad: \_\_\_\_\_ años.

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos de Contacto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre y DNI de la persona/s que recogerá al niño o niña:

\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA ACTIVIDAD

FECHAS	COMEDOR		ACOGIDA (8:00-9:00) SIN DESAYUNO	
	SI	NO	(SEMANA COMPLETA)	DIAS SUELTOS
				(indicar qué días del calendario)
28 JUNIO AL 2 DE JULIO				
1ª QUINCENA JULIO (05JUL-16JUL)				
2ª QUINCENA JULIO (19JUL-31JUL)				

EDAD	PRIMER DEPORTE	SEGUNDO DEPORTE
<b>8 a 12 AÑOS</b> RODEA CON UN CÍRCULO EL DEPORTE ELEGIDO	MTB Ó BALONCESTO	FÚTBOL Ó TENIS/BADMINTON
<b>13 A 16 AÑOS</b> RODEA CON UN CÍRCULO EL DEPORTE ELEGIDO	FÚTBOL Ó TENIS/BADMINTON	MTB Ó BALONCESTO

\*\*\*RODEAR CON UN CÍRCULO EL DEPORTE ELEGIDO EN CADA FRANJA DEPORTIVA

\*\*\*SE TENDRÁN EN CUENTA LOS DEPORTES ELEGIDOS EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE

Forma de pago 10€ en concepto de gastos de gestión y seguro de la actividad:

Tarjeta      Efectivo



### AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_  
con DNI \_\_\_\_\_, como madre, padre, tutor o tutora  
autorizo a \_\_\_\_\_ a realizar  
la actividad Campamentos Deportivos Verano 2021 con el Ayuntamiento de El Boalo,  
Cerceda y Mataelpino. Y hago extensiva esta autorización a las salidas al entorno que  
se realicen como parte de las actividades socioeducativas y deportivas a desarrollar  
dentro del campamento.

De acuerdo con el derecho a la propia imagen regulado por la ley 5/1982. Se autoriza  
al Ayto a utilizar todos aquellos materiales gráficos, fotográficos o de otra índole, en  
la que aparezca la imagen del niño/a para los fines relacionados con la actividad, bien  
para ser publicadas en la web o para cualquier tipo de promoción o publicidad municipal.  
Así mismo certifico que los datos de inscripción indicados son ciertos, no omitiendo  
ninguna información que pueda ocasionar alguna dificultad en el transcurso de la  
actividad.

Fecha y Firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## FICHA MÉDICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

<b><u>Datos SOCIO-SANITARIOS</u></b>		
<b>Completa todas las casillas aunque la respuesta sea negativa.</b>  Marca con una "X"	<b>SÍ o NO</b>	<b>ESPECIFICA TIPO</b>
Alérgico a MEDICAMENTOS		
ALERGIAS ambientales		
AFECCIONES frecuentes		
Sigue TRATAMIENTO en la actividad		

Indique si tiene necesidades educativas especiales (Hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.) y especificando la necesidad. \_\_\_\_\_

\*Completa todas las casillas aunque la respuesta sea negativa.

<b><u>Datos Nutricionales</u></b>	<b>SI o NO</b>	<b>ESPECIFICA los alimentos que no puede tomar.</b>
*CELIACO		
*DIABÉTICO		
*ALERGIAS ALIMENTARIAS		
*OTRAS DIETAS ESPECIALES		

<b>Otros datos</b>	<b>SI o NO</b>	<b>En caso de existir alguna limitación, ESPECIFICA cuál y su causa.</b>
*Puede realizar cualquier actividad física con normalidad		
Sabe nadar correctamente		

OTROS DATOS DE INTERÉS que desees constatar \_\_\_\_\_

### CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Durante el desarrollo de las actividades, en el caso de no contactar con el padre, madre, o tutor/a, avisar a:

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_