

AUTORIZACIONES ESCUELA DE VERANO 2017

Nombre y apellidos del menor:	
Centro que solicita:	Fecha nacimiento:

PARA CASOS DE URGENCIA
Autorizo al personal de la Escuela de Verano para que trasladen a nuestro/a hijo/a a un Centro médico.

AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN
Autorizo a mi hijo/a a participar en las actividades de la Escuela de verano, aceptando sus normas y las decisiones del personal responsable.

AUTORIZACIÓN DE TOMA DE IMÁGENES
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presto mi consentimiento para que mi hija/o pueda ser fotografiado o filmado durante el desarrollo de este servicio en los términos que recogen la Ley 1/1982 de 5 de mayo sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999 de 13 de diciembre sobre la protección de datos de carácter personal.

AUTORIZACIONES RECOGIDA DEL NIÑO/A			
Personas autorizadas a recoger al menor distintas del padre o la madre:			
Nombre y apellidos		D.N.I.	
Nombre y apellidos		D.N.I.	
Nombre y apellidos		D.N.I.	
(Señalar si procede) <input type="checkbox"/> Autorizo a mi hija/o a salir solo de las instalaciones del Colegio en el que se realiza la Escuela de verano a partir de las 14:00 horas.			

En Illescas a, de mayo de 2017	Firma del padre/madre/ tutor-a
---	--------------------------------

FICHA MÉDICA

Nombre del niño/a	
--------------------------	--

ALERGIAS	
1. Presenta algún tipo de alergia:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, ¿de cuál se trata?:	
Aspecto a tener en cuenta y actuación:	
2. ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica? indicar cual:	
3. Algún otro dato a tener en cuenta sobre alergias:	
4. Se adjunta informe médico:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SALUD	
1. Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Se le está suministrando actualmente alguna medicación?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿de qué medicamento se trata?:
3. ¿Tiene alguna minusvalía?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo ¿de qué se trata?:	
4. Algún otro aspecto médico a tener en cuenta:	

OTROS DATOS	
1. ¿Sabe nadar?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2. Observaciones que considere importante que conozca el monitor/a:	

- Todos estos datos son de carácter confidencial y sólo tendrá acceso la organización.

En Illescas a, de mayo de 2017	Firma del padre/madre/ tutor-a
---	--------------------------------