



fecha:02/04/09 Edic:01

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

EDAD _____

Nº SEGURIDAD SOCIAL _____

OTROS SEGUROS (especificar) _____ Nº

PÓLIZA _____

TELÉFONOS PARA AVISOS

URGENTES _____

INFORMACIÓN MÉDICA

ENFERMEDADES PADECIDAS

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE? _____

¿CÚAL? _____

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN ESPECIAL? _____

¿CÚAL? _____

DOSIS

¿ESTÁ AL DÍA EN EL CALENDARIO DE

VACUNACIONES? _____ FALTA _____

¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN ESPECIAL DE COMIDAS? _____

INDICAR

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN

ALIMENTO? _____

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN

MEDICAMENTO? _____

ES PROPENSO A:

ANGINAS RESFRIADOS MAREOS DOLORES DE CABEZA ACETONA

BRONQUITIS HÍGADO INSOMNIO EUNERESIS NOCTURNA

OTROS _____

OBSERVACIONES



fecha:02/04/09 Edic:01



Don/Dña _____ con

DNI _____

Como padre/madre o tutor/a de _____

me comprometo a entregar al responsable de Dxt & Aventura S.L.U el informe médico y el tratamiento a seguir de mi hijo/a. También me comprometo a entregar la cartilla de la Seguridad Social o del correspondiente seguro médico. Y autorizo a tomar las medidas de emergencia que en su caso fuesen necesarias. Asimismo, en caso de estar mi hij@, sometido a algún tratamiento médico durante el Campamento, autorizo al equipo de Dxt & aventura S.L.U, a administrar la medicación pertinente.

FIRMA

En Huelva a _____ de _____ de _____