# **AUTORIZACIÓN CAMPAMENTOS 2022**

Yo:............................................................................................................................................

con DNI : ............................................................. como: padre ( ) madre ( ) o

tutor ( ) del menor de edad: .....................................................................................

con D.N.I. nº (SI lo tuviere, sino lo tiene

indíquelo).

Autorizo a participar en el campamento que Animación Activa ORGANIZA EN la siguiente urbanización

conforme a las indicaciones de las que ha sido debidamente informado durante la inscripción del campamento.

Indicar hora de inicio y recogida: ................................................

Extras: Comida ( ) Inglés ( ) Otros: ...................................................................

Adjunto a esta autorización el informe médico del participante.

Índique cualquier circunstancia personal o familiar que crean reseñable.

No es necesario abonar nada en concepto de reserva de plaza, basta con el pago de cada semana, teniendo en cuenta semanas apuntados y/o hermanos.

El pago se efectuará en la siguiente cuenta: ES91 1465 0420 45 1735618935.

# **SEMANAS**

* 23-24 de Junio ( )
* 27 de Junio al 1 de Julio ( )
* Del 4 al 8 de Julio ( )
* Del 11 al 15 de Julio ( )
* Del 18 al 22 de Julio ( )
* Del 25 al 29 de Julio ( )
* Del 1 al 5 de agosto ( )
* Del 29 de agosto al 2 de septiembre ( )
* 5 de septiembre al inicio del curso escolar ( )
* Otras semanas de agosto ( )

# **HOJA MÉDICA**

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE:** .....................................................................................

**DATOS PERSONALES:**

**FECHA DE NACIMIENTO:** ..........................................................

**DIRECCIÓN:** ........................................................................................................................

**TELÉFONO 1:** ....................................... **TELÉFONO 2:** .............................................

**DATOS PERSONALES Y MÉDICOS A RESEÑAR** (ALERGIAS, INTOLERANCIAS, ETC.):

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

**INDICAR CON UNA X EN CASO DE NO TENER NINGÚN DATO MÉDICO A RESEÑAR:**

**INFORMACIÓN RELEVANTE:**

**SABE NADAR: SI NO**

**DEPORTES QUE PRACTICA:**

.......................................................................................................................

**PERSONA/AS QUE DEJARÁN Y COGERÁN AL NIÑO/A:**

........................................................................................................................