



ACAMPADAS INTERMUNICIPAIS NA NATUREZA

VILARBÓ 20\_\_

ROBINSON

MULTIAVENTURA



Foto

### DATOS DO PARTICIPANTE

Apelidos e nome .....

Enderezo.....

Localidade..... C.P..... Tlf:.....

Data de nacemento..... D.N.I.....

Asistiu a este ou outros campamento en anos anteriores?.....

En que parada colle o autobús de ida?

Caranza  Neda  As Pontes  Pontedeume  Outros.....

### NA SÚA REPRESENTACIÓN: PAIS/TITORES

Nome.....

D.N.I. n°.....en calidade de pai/nai titor/titora legal,  
DECLARO, baixo a miña responsabilidade, que as condicións físicas do meu fillo/a, tutelado/a son axeitadas para a asistencia ás Acampadas Intermunicipais na Natureza e que a información aportada nesta ficha é correcta

É alérxico?:.....a que? .....

Precisa algunha dieta alimentaria\*?..... Causa .....

(Adxuntar dieta prescrita polo médico)

Padece algunha enfermidade?.....

Necesita algún coidado especial?.....

Conta con algún tipo de discapacidade?.....de que tipo e en que porcentaxe?.....

Conta con tratamento farmacolóxico?.....

Eu..... autorizo baixo a miña responsabilidade a que administren ao meu fillo/a o medicamento que seguidamente se relaciona en tempo e dose detallada:

Medicamento			

Observacións:

Area for additional observations or notes.

### A persoa representante

**Autoriza**  **non autoriza as decisións médico-cirúrxicas que sexa preciso adoptar en caso de extrema urxencia, baixo a axeitada dirección facultativa médica.**

Permite facer fotos do seu fillo/a e/ou representado e utilízalas en posibles publicacións da entidade e na páxina webb da asociación Néboa.

Si  Non

Firma do pai/nai ou titor/titora:

## EN CASO DE URXENCIA

Avisar a ..... con D.N.I. ....

Enderezo.....

con teléfono ..... Mail..... Parentesco.....

Observacións (Faga constar calquera información que poida ser útil ou importante para a mellor estancia do seu fillo/a):

Outros:

Sabe nadar? .....

## ADXUNTARÁSE A ESTA FICHA

- Fotocopia do resgardo de ingreso bancario.
- Fotocopia da tarxeta sanitaria.
- Fotocopia do D.N.I. do participante e si non o tivese fotocopia do libro de familia.
- Unha foto recente tamaño carnet.
- En caso de alerxia alimentaria presentar plan de actuación e plan de rescate.
- En caso de que os nenos/enas teñan medicación presentar informe médico e firmar autorización para a administración do mesmo.

## OBSERVACIÓNS DA DIRECCIÓN

- O pago realizaráse na conta ES07- 2080-0216-9130-4001-0179.