ACAMPADA DE INVERNO
VILARBO2023

**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?. ................................................................................................

**NA SÚA REPRESENTACIÓN: PAIS/TITORES**

Nome................................................................................................................................................................................

D.N.I. nº.......................................................................... 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?.................................................................................................................................

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

*Outros:*

Sabe nadar?………………………………………………………………………………………………………………..

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:**  |

D/dona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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 utilizalas en posibles publicacións da entidade e na páxina web da asociación Néboa.

Pai, nai, titor/a:

 Si Non

**EN CASO DE URXENCIA**

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

Enderezo………………………………………………………………………………………………………………….

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

**ADXUNTARÁSE A ESTA FICHA**

- Fotocopia da tarxeta sanitaria.

- Fotocopia do D.N.I. do participante

- Unha foto recente tamaño carnet.

 - En caso de alerxia alimentaria presentar plan de actuación e plan de rescate.

- En caso medicación informe médico e firmar autorización para a administración da mesma.

**OBSERVACIÓNS DA DIRECCIÓN**

De acordo co establecido por Lei Orgánica 15/1999. De 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD), informámoslle que os seus datos serán incorporados a un ficheiro do que é titular a ASOCIACIÓN ESCOLA DE TEMPO E AIRE LIBRE NÉBOA, coa finalidade da súa xestion na actividade para a que foron solicitados..

Asimesmo, informámoslle da posibilidade de exercer os dereitos de acceso, rectificación, e cancelación e oposición dos seus datos no domicilio fiscal de ASOCIACIÓN ESCOLA DE TEMPO E AIRE LIBRE NEBOA, sito en MUCHIQUEIRA, 24, 15510 NEDA -  A CORUÑA.