



AUTORIZACIÓN: (POR FAVOR RELLENAD CON LETRA MAYÚSCULA)

D./DÑA:

CON N° DE D.N.I

EN CALIDAD DE MADRE/PADRE O TUTOR/A LEGAL DE:

DIRECCIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD

TELÉFONOS DE CONTACTO: 1° 2°

EMAIL (OPCIONAL):

FAMILIAR CERCANO EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES

1. Nombre y apellidos

Teléfono

2. Nombre y apellidos

Teléfono

DECLARO:

que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos.

AUTORIZO:

a mi hija, hijo o tutelado/a a participar en la PASCUA JOVEN ESCOLAPIAS 18 que se realizará en El Frano (Zaragoza) del 29 de marzo al 1 de abril de 2018.

En _____, a _____ de _____ del 2018

Firmado:



FICHA SANITARIA

DATOS PERSONALES

Apellidos		NOMBRE	
Fecha de nacimiento		DNI	

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A...

Nombre			Teléfono	
Nombre			Teléfono	

FICHA SANITARIA

Seguro al que pertenece			Nº seguro/SIP	
¿Padece actualmente alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	¿Cuál?	
¿Está siguiendo tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	¿Cuál?	
¿Tiene alguna intolerancia alimenticia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	¿Cuál?	
¿Es alérgico/a a algún tipo de medicamento?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	¿Cuál?	
Otras alergias	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	¿Cuál?	
¿Está vacunado según el calendario vacunal?				

Otros datos de interés que debamos conocer.

Las intolerancias alimentarias diagnosticadas deben ser comunicadas por escrito junto con esta autorización. Cualquier especificación o tratamiento médico deberán ser adjuntados junto con la ficha sanitaria, indicando horarios y cantidades.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

D. /Dña.

_____, con DNI _____

como madre, padre o tutor/a legal de

DECLARO:

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.

AUTORIZO:

- Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

En _____, a ___ de _____ de 2018

Firma



AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES

D. /Dña.

_____, con DNI _____

como madre, padre o tutor/a legal de

AUTORIZO a Fundació Escolàpies, Fundació Escolapias Montal y Fundación Educativa Escolapias a realizar fotografías o vídeos durante las actividades realizadas en la PASQUA JOVEN ESCOLAPIAS realizada del 29 de marzo al 1 de abril de 2018 y a utilizar las imágenes realizadas en:

- La realización de un álbum de recuerdo de la actividad.
- Las páginas web de Fundació Escolàpies, Fundació Escolapias Montal y Fundación Educativa Escolapias, así como folletos o cualquier otro soporte físico o audiovisual con objeto de publicidad corporativa.

En _____, a ____ de _____ de 2017

Firma