



Nombre y apellidos del niño/a: .....

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor/a: .....

Tfnos de contacto ..... Email: .....

Domicilio ..... Turno-fechas de campamento y lugar .....

Solicita servicio complementario de cuidados a la infancia (8:00-9:45 h.) **si**  **no**

¿En qué centro?  C. Cívico Gamonal Norte  C. Cívico San Agustín

Parada de autocar que solicita:  C Cívico Gamonal Norte  C/Vitoria Academia Militar  Teatro Principal  
 C. de Salud San Agustín  Asumiré yo mismo los traslados de ida/vuelta

Toma medicación con carácter estable? **si**  **no**  Indicar cuál .....

He sido informado de que en el campamento no hay profesionales sanitarios y de que un adulto responsable del menor deberá acudir a realizar la administración de medicación en el caso de que esté pautaada en el horario del campamento.

¿Es alérgico? **si**  **no**  indicar tipo .....

¿Precisa alguna dieta especial? **si**  **no**  indicar tipo .....

¿Tiene alguna discapacidad? **si**  **no**  indicar grado ..... tipo .....

¿Sabe nadar? **si**  **no**  ¿Llevará carnet de abonado al servicio de instalaciones deportivas? **si**  **no**

Número de tarjeta sanitaria (adjuntar fotocopia) .....

**AUTORIZACIONES** (MARCAR CON UNA X EN CADA CASILLA)

- AUTORIZO** a fijar y reproducir la imagen de mi hijo/a y a que sea utilizada en medios de difusión de la actividad (Cuadernillo divulgativo, Galería fotográfica en página web)
- AUTORIZO** a que le sean practicadas a mi hijo/a las intervenciones sanitarias en caso de urgencia y previa prescripción facultativa

En Burgos a, ..... de ..... de ..... Fdo:

**DATOS DEL NIÑO/A**

Nombre y apellidos ..... Fecha de nacimiento .....

Fechas de campamento y lugar: .....

Solicita servicio complementario de cuidados a la infancia (8:00-9:45 h.) **si**  **no**

¿En qué centro cívico?  Gamonal Norte  San Agustín

**DATOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR**

Nombre y apellidos ..... D.N.I. ....

Teléfonos de contacto: 1<sup>er</sup> tfno.: ..... 2<sup>er</sup> tfno.: ..... Email: .....

en calidad de padre  madre  tutor

Domicilio .....

**AUTORIZACION** (MARCAR CON UNA X)

- AUTORIZO** el cargo de los precios públicos correspondientes en el nº de cuenta del que soy titular

IBAN				CUENTA CORRIENTE BANCARIA																					
PAÍS	CÓDIGO			ENTIDAD				SUCURSAL			CONTROL		Nº DE CUENTA												

En Burgos a, ..... de ..... de ..... Fdo:

