# **AUTORIZACIÓN CAMPAMENTOS 2024**

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:

Entre los días de y de de 2024

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

Adjunto a esta autorización el informe médico del participante.

Índique cualquier circunstancia personal o familiar que crean reseñable.

# **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 YA SEA PERSONAL O MÉDICA:**