**IV CAMPUS DE TIRO CON ARCO**

Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía

20 al 28 de agosto 2016

PERFECCIONAMIENTO

AUTORIZACIÓN PATERNA

Don ………………………………………………………..…, con DNI nº ……………………., autorizo a mi hijo/a …………………………..... …………………………, a realizar el Curso de Iniciación al Tiro con Arco que impartirá la Federación de Tiro con Arco de la Comunidad Valenciana y al resto de actividades programadas en el I Campus de Tiro con Arco, del 20 al 28 de agosto de 2016, en La Nucía.

\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_

Firmado

AUTORIZACIÓN MATERNA

Doña ……………………………………………………..…, con DNI nº ……………………., autorizo a mi hijo/a …………………………..... …………………………, a realizar el Curso de Iniciación al Tiro con Arco que impartirá la Federación de Tiro con Arco de la Comunidad Valenciana y al resto de actividades programadas en el I Campus de Tiro con Arco, del 20 al 28 de agosto de 2016, en La Nucía.

\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_

Firmado

**NOTA: Esta autorización no tendrá validez sin las fotocopias de los DNI de los dos padres.**

**IV CAMPUS DE TIRO CON ARCO**

Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía

20 al 28 de agosto 2016

**FICHA DEL DEPORTISTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Es la primera vez que realiza un Campus deportivo? |  No |  Si |
| ¿Asiste voluntariamente al campamento? |  No |  Si |
| El participante ¿Sabe nadar sin problemas? |  No | Si, por favor detalle el nivel:   Bien  Regular  Mal |

**DATOS MÉDICOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo Sanguíneo: | | |  | | | | | |
| Medicación durante el campamento: | | |  No | |  Si,  (Le rogamos nos facilite el tratamiento médico). | | | |
| Dieta: | | |  Dieta normal | |  Tiene restricciones alimenticias.  Indicar cuales: | | | |
| Alergias: | | |  No | |  Si, es alérgico a: | | | |
| Enfermedad actual: | | |  No | | ¿Cuál?: | | | |
| Si padece alguno de los siguientes problemas márquelo: | | | | | | | | | |
|  | Asma o problema respiratorio | |  | Problemas de corazón | | |  | Jaquecas/ Migrañas | |
|  | Celiaco | |  | Intolerancias | | |  | Infecciones de oído | |
|  | Diabético | |  | Intolerancia urinaria | | |  | Hemorragias nasales. | |
|  | Sonambulismo | |  | Dermatitis | | |  | Otras: | |
| * Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médico) | | | | | | | | |
| ¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?  Imagen1 | | | | | | | | |
| ¿Tiene alguna limitación funcional, sensorial o psíquica? | | | | | | | | |
| ¿Tiene el niño/a alguna necesidad que debamos tener en cuenta? | | | | | | | | |
| Otras observaciones que desee reflejar: | | | | | | | | |
| Teléfonos de urgencia: | | Telf. 1:  Persona de contacto: | | | | Telf. 2:  Persona de contacto: | | |

(\*) En caso de que sea imposible mi localización, AUTORIZO a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas que estimen oportunas en beneficio del menor.

Firma de Padre, Madre o Tutor/a Legal

***Adjuntar fotocopia Cartilla de la Seguridad Social***