



**FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018Valencia Tlfo. 616 023 929

[www.ftacv.org](http://www.ftacv.org) [ftacvalenciana@gmail.com](mailto:ftacvalenciana@gmail.com)



**I CAMPUS DE TIRO CON ARCO**  
Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía  
11 - 17 de agosto 2013

**AUTORIZACIÓN PATERNA**

Don ....., con DNI nº .....,  
autorizo a mi hijo/a ....., a realizar las  
actividades programadas en el I Campus de Tiro con Arco, del 11 al 17 de agosto de 2013, en  
La Nucía.

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

Firmado

**AUTORIZACIÓN MATERNA**

Doña ....., con DNI nº .....,  
autorizo a mi hijo/a ....., a realizar las  
actividades programadas en el I Campus de Tiro con Arco, del 11 al 17 de agosto de 2013, en  
La Nucía.

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

Firmado

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



**I CAMPUS DE TIRO CON ARCO**  
Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía  
11 - 17 de agosto 2013

**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 márkuelo:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón  | <input type="checkbox"/> Jaquecas/ Migrañas   |
| <input type="checkbox"/> Celiaco                      | <input type="checkbox"/> Intolerancias         | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído  |
| <input type="checkbox"/> Diabético                    | <input type="checkbox"/> Intolerancia urinaria | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales. |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo                 | <input type="checkbox"/> Dermatitis            | <input type="checkbox"/> Otras:               |

- Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médico)

¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?



## FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018Valencia Tlfo. 616 023 929

[www.ftacv.org](http://www.ftacv.org) [ftacvalenciana@gmail.com](mailto:ftacvalenciana@gmail.com)



LA NUCÍA  
VILLA EUROPEA DEL DEPORTE

¿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**