



II CAMPUS DE TIRO CON ARCO
Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía
17 al 24 de agosto 2014

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 17 al 24 de agosto de 2014, 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 17 al 24 de agosto de 2014, en
La Nucía.

_____de _____de_____

Firmado

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

II CAMPUS DE TIRO CON ARCO
Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía
17 al 24 de agosto 2014

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 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