

 <p>AYUNTAMIENTO DE ALPEDRETE</p>		<p>Nº DE SOLICITUD:</p>
<p>CAMPAMENTO de VERANO. VALDÉS (ASTURIAS)</p>		<p>DEL 21 AL 30 DE JULIO DE 2017</p>

Datos del Participante	Nombre (del participante):		Primer Apellido (del participante):		Segundo Apellido (del participante):		
	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento:		Fecha de Inscripción:		
	D.N.I. (del participante):			Edad durante la actividad (del participante):			
	Dirección:						
	Código Postal:		Localidad:		Provincia:		País:
	Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:		e-mail:		
	Nombre del Padre:				D.N.I.:		
	Nombre de la Madre:				D.N.I.:		
	Teléfono Casa:		Móvil Madre:		Móvil Padre:		
	Centro Educativo, Colegio o Instituto:						

Datos Técnicos	¿Es la primera vez que va de campamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	¿Asiste voluntariamente al campamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	El participante ¿Sabe nadar sin problemas? <input type="checkbox"/> No	Si, por favor detalle el nivel: <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal
	Acompañantes: Escriba el nombre y apellidos de otros conocidos que asistan a la actividad.	
	1.- Nombre:	Apellidos:
	2.- Nombre:	Apellidos:
	3.- Nombre:	Apellidos:
4.- Nombre:	Apellidos:	

Datos Médicos	Medicación durante el campamento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, le rogamos nos aporte y facilite el tratamiento médico:		
	Dieta: <input type="checkbox"/> Sigue dieta normal <input type="checkbox"/> Tiene restricciones alimenticias. Indicaciones:		
	Alergias: <input type="checkbox"/> No tiene alergia conocida. Es alérgico a:		
	Enfermedades: <input type="checkbox"/> No padece enfermedades. Si padece algún problema márkelo:		
	<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 frecuentes
	<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Intolerancia Urinaria	<input type="checkbox"/> Hemorragias Nasaes.
	<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)		
	Teléfonos de Contacto y Urgencia:	Telf. 1:	Telf. 2: