

Tallers Nadal 2015

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha de Nacimiento:..... Edad

.....

Domicilio nº piso..... letra

Población

Colegio donde cursa los estudios

Email:

TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD

Nombre y apellidos del padre Teléfono

Nombre y apellidos de la madre Teléfono

INFORMACIÓN SANITARIA

Alergias a algún fármaco o medicamento

Especificar medicamento

Alergias alimentarias

Otros tipos de alergias

¿ Sigue algún tipo de tratamiento?

Autorizo a Centre Didàctic Polop a, :

adoptar las decisiones médicas que fuesen necesarias, por razones de extrema urgencia, bajo dirección facultativa pertinente y sin que hubiera sido posible contactar con la familia.

tomar imágenes de las actividades realizadas durante los talleres para uso interno y realización de una memoria para entregar a los padres.

En a.....de.....de 2015

Firma Padre, Madre o Tutor Legal