



OSZAGALES

## ESCUELA TEMÁTICA TALENT CAMPUS FICHA DE DATOS PERSONALES 2018

### DATOS DEL NIÑO

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ ¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Número D.N.I. \_\_\_\_\_  
Centro de Trabajo \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Particular/Móvil \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono para urgencias \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Datos de la persona que va a recoger al menor \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS DEL NIÑO/A

¿Usará medicación durante la Escuela: \_\_\_\_ En caso afirmativo, especifique medicación y posología: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de alergia? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
Tipo de Seguro al que pertenece (Seguridad Social, Asisa, Muface...) \_\_\_\_\_

### ¿VA A UTILIZAR SERVICIO DE COMEDOR?

Especifique frecuencia de dicho uso (diario, un día a la semana, etc.): \_\_\_\_\_  
Enfermedades o alergias alimenticias a tener en cuenta \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

Autorizo a mi hijo/a para que participe en las actividades de la Escuela Temática de \_\_\_\_\_ de en:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Del 2 al 6 de julio de 2018   | <input type="checkbox"/> Del 9 al 13 de julio de 2018  |
| <input type="checkbox"/> Del 16 al 20 de julio de 2018 | <input type="checkbox"/> Del 23 al 31 de julio de 2018 |

Autorizo a que se tome fotografías y videos a mi hijo/a para un uso exclusivo de la actividad.

Autorizo a que se tomen fotografías	
Autorizo a que se grabe en vídeo	

Autorizo a que, en caso de urgencia por accidente, la organización traslade a mi hijo/a al centro de asistencia más próximo.

**PEGAR O GRAPAR COPIA DE LA  
TARJETA SANITARIA**

Madrid, de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma del padre/madre o tutor