

### DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ALUMNO:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE DEL PADRE:		COLEGIO:	
NOMBRE DE LA MADRE:		2 TELF. MOVIL CONTACTO	
DIRECCIÓN:		CODIGO POSTAL:	
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
EMAIL:			

### FICHA MÉDICA

¿Es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia/intolerancia alimentaria? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algo más? \_\_\_\_\_

¿Se marea en el autobús?\*( solo si contratan el servicio de transporte) \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad de tipo crónico? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna fobia o miedo exagerado a algo? \_\_\_\_\_

Observaciones: (Indique si hay algún aspecto importante a considerar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durante su estancia con nosotros, debe medicarse? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indicar horario y posología: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LOS MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DEBERÁN SER APORTADOS POR LOS PADRES

Nuestro centro tiene sus propios objetivos cognitivos, sociales y lúdicos (Detallados mas explícitamente en la web)  
Si considera apropiado que tratemos algún objetivo concreto con su hijo, descríbalos a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Yo, (Padre, Madre o Tutor legal) \_\_\_\_\_ En calidad de (Padre, Madre o Tutor),  
 \_\_\_\_\_ Autorizo a (Nombre del niño/a) \_\_\_\_\_ a la actividad Vacaciones en la Granja desde el día  
 \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_, En las instalaciones de La Villa Junior. A la vez autorizo a que se le presten todas las atenciones  
 médicas de primeros auxilios en caso de precisarlos, en caso de urgencia, y por supuesto en caso de no haber podido establecer  
 contacto telefónico con los padres. Asimismo, conforme a lo establecido en la Ley 1/1982 de 5 de Mayo sobre el derecho al honor, a la  
 intimidad personal y familiar y a la propia imagen, autorizo a que mi hijo/a o tutelado/a pueda aparecer en las imágenes que realizará  
 Centro de actividades ranaverde.s.l. durante su estancia en La Villa Junior, para la realización de acciones divulgativas e informativas a  
 las familias y de comunicación y promoción de La Villa Junior.

Don/Doña \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**ENTREGAR ÉSTA FICHA CUMPLIMENTADA JUNTO FOTOCOPIA TARJETA SANITARIA ( SIP) EL DÍA DE INICIO DE LA ACTIVIDAD.**

