



**INSCRIPCIÓN  
CAMPAMENTO DE INGLÉS EN VERANO**

**DATOS DEL CAMPER**

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO (D,M,A):** \_\_\_\_\_ **EDAD (durante el Camp):** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **PROVINCIA:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**D.N.I.:** \_\_\_\_\_

- ¿ASISTE A COLEGIO BILINGÜE O CLASES EXTRAS DE INGLÉS?: \_\_\_\_\_
- SI ACUDE CON UN AMIGO O FAMILIAR , INDIQUE SU NOMBRE: \_\_\_\_\_

**FECHAS DEL CAMP (marcar con una X):**

- 1ª Quincena : 27 Junio – 10 Julio de 2010
- 2ª Quincena: 11 Julio – 24 Julio de 2010

**MODALIDAD ELEGIDA (marcar con una X):**

- Interno:
- Externo Opción 1:  Externo Opción 2:

**DATOS DE LOS PADRES O REPRESENTANTE LEGAL**

**NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL DEL PADRE/MADRE:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO FIJO DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO MÓVIL DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

Autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ para que participe en todas las actividades del Summer Camp La Esgaravita 2010. Asimismo, autorizo al personal responsable del campamento para que en caso de accidente o enfermedad de mi hijo/a, actúen como mejor proceda (siempre se avisará inmediatamente a los padres en caso de cualquier incidente).

Afirmo haber leído y estar conforme con la forma de pago y política de cancelación establecidas.

Firma del padre, madre, tutor:

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**PRECIO MODALIDAD DE RÉGIMEN ELEGIDA:** \_\_\_\_\_

**DEPÓSITO INSCRIPCIÓN:** \_\_\_\_\_

**RESTO A PAGAR:** \_\_\_\_\_



## FICHA MÉDICA

**NOMBRE DEL CAMPER:** \_\_\_\_\_

- HISTORIAL MÉDICO (operaciones, hospitalizaciones, ...):
- INDICAR SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ *En caso de responder "Sí" diga cuál.*
- ALERGIAS: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ *En caso de responder "Sí" por favor amplíe la información.*
- ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ *En caso de responder "Sí" diga cuál.*
- DIETAS ESPECIALES (alimentos que no puede tomar):
- INDICAR SI TIENE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SUEÑO (incontinencia, sonambulismo, etc):
- ¿SABE NADAR?: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
- ¿SE MAREA EN LOS AUTOCARES?: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
- ¿TIENE ASMA?: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_
- ¿SUFRE HEMORRAGIAS CON FRECUENCIA?: SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que ha rellenado la ficha médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma