



FICHA DE INSCRIPCIÓN

CAMPAMENTO DEPORTIVO DXT AVENTURA 2021

D/D^a. _____

CON DOMICILIO EN _____ CALLE _____

Y TELÉFONOS _____.

EMAIL _____

Contrata el Campamento Deportivo en Cartaya

PRECIO:

Durante el periodo:

CAMPAMENTO	
MES	185 €
QUINCENA	105 €
SEMANA	55 €

<u>JULIO</u>	<u>AGOSTO</u>
<input type="checkbox"/> Semana del 28 junio al 2 de julio	<input type="checkbox"/> Semana del 2 al 6 de Agosto
<input type="checkbox"/> Semana del 5 de julio al 9 de julio	<input type="checkbox"/> Semana del 9 al 13 de agosto
<input type="checkbox"/> Semana del 12 al 16 de julio	<input type="checkbox"/> Semana del 16 al 20 de agosto
<input type="checkbox"/> Semana del 19 al 23 de julio	<input type="checkbox"/> Semana del 23 al 28 de agosto
<input type="checkbox"/> Semana del 26 al 30 de julio	

(Ponga una cruz en el turno seleccionado, mínimo de 20 participantes para el desarrollo del campamento)

para el/la niño/a _____

de _____ edad.

Y por la presente **autoriza** a el/la niño/a antes mencionado a realizar las actividades programadas, así como otras en las que pudieran intervenir, todas ellas bajo la supervisión y vigilancia de los monitores correspondientes.

_____ a, ____ de _____ de 2.021

Firmado: PADRE/MADRE O TUTOR _____

DNI: _____



PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN

Deberá ingresar a nombre del niño/a a inscribir, la cantidad que corresponda en la cuenta indicada más abajo. Inmediatamente entregara en el Polideportivo de Cartaya la Ficha de Inscripción, el Cuestionario Médico (ambos rellenos y firmados) y el justificante bancario de ingreso.

Cuenta DXT & AVENTURA : OPENBANK ES16 0073 0100 5805 0618 2932

CUESTIONARIO MEDICO-SANITARIO

(Sólo están autorizados a cumplimentar estos datos padre / madre o tutor)

NUMERO SEGURIDAD SOCIAL DEL NIÑO: _____

GRUPO SANGUÍNEO _____ ¿ESTÁ VACUNADO CONTRA TÉTANOS? _____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? _____

INDIQUE CUAL O CUALES _____

¿NECESITA ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD QUE PRECISE CUIDADOS ESPECIALES ? _____

¿PADECE MAREOS O VÉRTIGOS? _____

¿SABE NADAR? _____ ¿SE ORINA EN LA CAMA? _____

¿LLEVA MEDICAMENTOS? _____

¿NECESITA UN MENÚ ESPECIAL DE COMIDAS POR SE CELÍACO, INTOLERANTE A LA LACTOSA U OTRO MOTIVO? _____

IMPORTANTE: Dirección y teléfono de contacto con los familiares durante el desarrollo de la estancia, si no coincidiera con el anotado en el reverso de esta página: _____

ALGUNA OTRA OBSERVACIÓN QUE QUIERA HACER: _____

Firmado: PADRE/MADRE O TUTOR _____