



AUTORIZACIÓN - INSCRIPCIÓN				
Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias				
<b>AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL</b>				
D./D <sup>a</sup> .				NIF
Dirección Completa				
C.P.	Ciudad / Población		Provincia	
Tlf. Casa	Tlf. Móvil	E-mail		
<b>AUTORIZA A SU HIJO/A</b>				
Apellidos			Nombre	
Sexo	F	M		
Dirección completa (si es distinta)				
C.P.	Ciudad	Provincia	Tlf. Casa	Tlf. Móvil
Fecha de Nacimiento	Edad en la actividad	Último curso realizado		
<p><b>AUTORIZO a PARTICIPAR en la ACTIVIDAD "CAMPAMENTO URBANO _____ 201__", que WE4KIDS organiza en las instalaciones e inmediaciones de _____, en las fechas indicadas (marcar con una "X" la/s casilla/s que correspondan):</b></p>				
	<b>9,00 - 14,00</b>	<b>9,00 - 16,00</b>	<b>DETALLAR AMPLIACIONES DE HORARIO</b>	
23 de junio				
24 de junio				
27 de junio a 1 de julio				
4 a 8 de julio				
11 a 15 de julio				
18 a 22 de julio				
25 a 29 de julio				
1 a 5 de agosto				
8 a 12 de agosto				
15 a 19 de agosto				
22 a 26 de agosto				
29 de agosto a 2 de septiembre				
5 de septiembre				
6 de septiembre				
7 de septiembre				
Por último (marca con una "X" lo que proceda):				
Autorizo a que realicen fotografías a mi hijo/a durante el Campamento Urbano			SI	NO
Y para que así conste, firmo la presente en _____ a _____ de _____ de 201__.				
Fdo. PADRE/MADRE/TUTOR/A LEGAL				



<b>AUTORIZACIÓN RECOGIDA DE NIÑOS/AS</b>			
*La siguiente autorización tiene como objeto, la recogida de un niño/a al finalizar la actividad, por una persona designada para tal fin, y que está autorizada por el padre, madre o tutor/a legal, que en el momento de realizarse la actividad, posea la custodia del niño/a.			
Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias			
<b>PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL</b>			
D./D <sup>a</sup> .		NIF	
<b>DE (datos del niño/a)</b>			
Apellidos		Nombre	
<b>AUTORIZA A LA SIGUIENTE PERSONA para la RECOGIDA DEL NIÑO/A</b>			
D./D <sup>a</sup> .		NIF	
Y para que así conste, firmo la presente en _____, a _____ de _____ de 201__.			
		Firma:	



<b>AUTORIZACIÓN SALIDA del MENOR sin ACOMPAÑAMIENTO de un ADULTO</b>	
<p>*La siguiente autorización tiene como objeto, la salida de un niño/a al terminar la actividad diaria, sin el acompañamiento de un adulto. *La responsabilidad una vez que el/la niño/a ha abandonado la instalación donde habitualmente se desarrolla la actividad, recae exclusivamente sobre la persona que ha firmado dicha autorización, quedando we4kids eximido de la misma.</p>	
<p>Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias</p>	
<b>PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL</b>	
D./D <sup>a</sup> .	NIF
<b>AUTORIZA A (datos del niño/a)</b>	
Apellidos	Nombre
<p>Durante los días _____ a abandonar la actividad sin acompañamiento de un adulto, al término de la misma (según la hora notificada de salida a We4kids en la ficha de inscripción).</p>	
<p>Y para que así conste, firmo la presente en _____, a _____ de _____ de 201__.</p>	
Firma:	



FICHA MÉDICA					
<p>Es muy importante que cumplimentes el formulario <b>lo más detalladamente posible</b>. Te recordamos que los datos aquí reflejados son <b>estrictamente confidenciales</b>. Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias</p>					
DATOS PARTICIPANTE					
Apellidos			Nombre		
Fecha de Nacimiento			Edad en la actividad		Número de la Seguridad Social
DATOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD					
<b>Nombre Madre / Tutora</b>					
Tlf. Casa		Tlf. Móvil		Tlf. Trabajo	
<b>Padre / Tutor</b>					
Tlf. Casa		Tlf. Móvil		Tlf. Trabajo	
<b>Familiar o persona autorizada 1</b>					
Tlf. Casa		Tlf. Móvil		Tlf. Trabajo	
<b>Familiar o persona autorizada 2</b>					
Tlf. Casa		Tlf. Móvil		Tlf. Trabajo	
DATOS FACULTATIVOS y NUTRICIONALES DEL PARTICIPANTE					
<b>Vacunas</b>		Adjuntar fotocopia del carnet / libro de vacunación			
<b>Trastornos frecuentes</b>		Resfriados	Anginas	Faringitis	Estreñimiento
		Enuresis nocturna	Laringitis	Hemorragia nasal	
Otros (especificar):					
<b>Enfermedades padecidas</b>		Sarampion	Varicela	Rubeola	Meningitis
					Hepatitis...
Urinarias (especificar):					
Difestivas (especificar):					
Respiratorias (especificar):					
Cardíacas (especificar):					
Otras (especificar):					
<b>Enfermedades Crónicas</b>		Diabetes	Migraña	Asma	Epilepsia
					Hipertensión
Otras (especificar):					
<b>Alergias</b>	SI	NO			
<b>Alergia a medicamentos</b>	SI	NO			
Especificar:					



<b>Tratamientos durante la Actividad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
MEDICAMENTO		Dosis / Posología	Horario de Administración	
<b>Celiaco</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
Especificar alimentos que no puede tomar:				
<b>Alergias Alimentarias</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
Especificar alimentos que no puede tomar:				
<b>Trastornos alimentarios</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
Tipo de trastorno y observaciones:				
<b>Necesidades Educativas Especiales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
Especificar tipo y necesidades:				
<b>Otros datos de interés</b>				
Especifica por favor cualquier información que consideres que es importante que conozcamos para una mejor atención de tu hijo/a:				
<b>Y POR ÚLTIMO</b>				
<b>¿Sabe nadar?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>REGULAR</b>	
<b>¿Puede realizar cualquier actividad con normalidad?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
Indica cuál no y su causa por favor				
Con mi firma declaro que todos los datos aportados en la presente FICHA MÉDICA son verdad, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo/a y/o para la del resto de los participantes. Asimismo, eximo a WE4KIDS de toda responsabilidad derivada de la omisión, deliberada o no, por mi parte, de aquellos datos que aparecen en este ficha.				
Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente ficha médica				
en _____, a _____ de _____ de 201__.				
				Fdo. PADRE / MADRE / TUTOR-A LEGAL
				DNI



<b>AUTORIZACIÓN para MEDICACIÓN durante la ACTIVIDAD</b>	
<p>*La siguiente autorización tiene como objeto, la administración de una medicación prescrita por el médico, y de imprescindible administración en el horario de la actividad.</p> <p>*La responsabilidad sobre la adecuación de la medicación y/o los efectos que pueda producir, recae exclusivamente, sobre la persona que ha firmado dicha autorización, quedando we4kids eximido de la misma.</p>	
Por favor rellena con letra CLARA Y MAYÚSCULA. Gracias	
<b>PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL</b>	
D./D <sup>a</sup> .	NIF
<b>DE (datos del niño/a)</b>	
Apellidos	Nombre
<p>AUTORIZA al MONITOR/A Y/O COORDINADOR/A de la actividad a ADMINISTRAR la siguiente MEDICACIÓN (que el padre/madre o tutor legal facilita personalmente) según la POSOLOGÍA que se indica a continuación:</p>	
Medicamento	
Hora de administración del medicamento	
Dosis	
<p>Y para que así conste, firmo la presente en _____, a _____ de _____ de 201__.</p>	
Firma:	



ESPACIO RESERVADO PARA LA ORGANIZACIÓN	
DOCUMENTACIÓN RECIBIDA	
AUTORIZACIÓN INSCRIPCIÓN	
AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA DE NIÑOS	
AUTORIZACIÓN SALIDA DEL MENOR SIN ACOMPAÑAMIENTO	
FICHA MÉDICA	
CARTILLA DE VACUNACIÓN	
NEE	
CERTIFICADO/ INFORME NEE	

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 151999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales, le informamos de que sus datos serán incorporados a un fichero titular de WE4KIDS, y serán utilizados para la finalidad de gestión de clientes, cobros, facturación, mantenimiento y seguimiento de actividades.

Del mismo modo, usted nos facilita datos de salud del participante en la actividad, y al hacerlo otorga su consentimiento al tratamiento de este tipo de datos, por ser necesarios para el correcto desenvolvimiento de la actividad. También autoriza a la cesión de datos a los gestores, coordinadores y monitores de la actividad, así como a la compañía de seguros, en el caso en que ocurra una incidencia cuyo riesgo esté cubierto. Con su firma autoriza a que el personal de WE4KIDS pueda recoger sus datos y tramitar su inscripción. Puede ejercer los derechos de acceso, cancelación, oposición y rectificación, ante el responsable del fichero, acreditando su personalidad, escribiendo a [info@we4kids.es](mailto:info@we4kids.es).