

**CAMPAMENTOS DE VERANO**

**2016**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

FOTO

NOMBRE: ………………………………………………………………...……………..........

1ºAPELLIDO:………………………………………………...................................

2ºAPELLIDO:……………………………………….………………….…......................

**VERANO 2016**

**NOMBRE DEL CAMPAMENTO QUE SOLICITA**:

* Campamento de inmersión lingüística en FRANCIA - BIARRITZ

**NIVEL DE IDIOMA:**

**FECHAS**:

**DATOS PERSONALES**

Dirección habitual ...........….……………………………………………….........................................................................................

C.P.… ……………….. Provincia…………………………………………..Telf. Fijo…………………………………………………..

Nombre del padre ……………………………………………….....................Telf. de contacto .....................

Nombre de la madre ………………………………………………....... Telf. de contacto…………..………………………………

Dirección/es de correo e-mail, ………………………………………………...............................................................

Teléfonos de emergencia durante la estancia en el campamento:

……………………………………………….......................................................................................................

Fecha de nacimiento: …………………………. Edad…………………... Sexo…………………………………………………………

Colegio en el que estudia…….....................................................................................................

Curso……………………………Telf. ......................................

¿Cómo se enteró del campamento?...................................................................................

**OBSERVACIONES**

……………………………………………….......................................................................................................

...............................................................................................................................................

……………………………………………….......................................................................................................

……………………………………………….......................................................................................................

**FICHA MÉDICA**

**SEGURO DE ENFERMEDAD AL QUE PERTENECE:**

**SEGURIDAD SOCIAL**……………………………………**OTROS**……………………………………………….....................

**TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A:**

Algún medicamento Algún alimento Polvo Polen

Flores, plantas Pelos de animales Picaduras de insectos Otros

ESPECIFICAR: ……………..................................................................................................................

**ES PROPENSO A:**

Anginas Mareos Crisis epilépticas Sonambulismo

Fiebre Dolores de Cabeza Otros  Insomnio

ESPECIFICAR: ……………………............................................................................................................

**VACUNAS:**

**¿ESTÁ AL CORRIENTE DEL CALENDARIO DE VACUNACIÓN CORRESPONDIENTE A SU EDAD?**

SI NO

(SI ES ASÍ, ESPECIFICAR)…………….......................................................................

**POR FAVOR, CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS**:

¿Se encuentra actualmente bajo medicación?.....................................................................................

¿Por qué motivo? …….................................................................................................................

¿Qué medicamento toma? …….....................................................................................................

¿Cuántas tomas al día?...............................................................................................................

¿Lleva algún régimen especial de comidas? …...............................................................................

¿Cuál? ……………………………............................................................................................................

¿Alguna operación reciente? ……………………………………………………………………………………………………………………..

¿Tiene alguna dificultad física? (vista, dislexia, enuresis…) …………………………………………………………………......

¿Cuál? …………………………….............................................................................................................

¿Sabe nadar? SI NO

**\*\*\*ADJUNTAR A LA FICHA MÉDICA UNA FOTOCOPIA DE\*\*\*:**

1. **LA CARTILLA DE SEGURO DE ENFERMEDAD (CARTILLA- S.S.)**
2. **TARJETA SANITARIA DE SEGURO MÉDICO PRIVADO SI TUVIESE**
3. **D.N.I. (del padre/ madre o tutor legal)**

**Autorizo tratamiento médico según prescripción facultativa en caso de necesidad. Asimismo, constato que el participante no padece ninguna enfermedad infecto-contagiosa ni cualquier impedimento físico que le impida desarrollar las actividades deportivas con normalidad.**

**FIRMA DEL PADRE/ MADRE O TUTOR LEGAL:**

**INGRESO DE RESERVA: 200€, Especificando nombre y apellidos del niño, fecha y destino del campamento.**

**Titular**: La Academia de Inglés, S.L.

**Banco Santander**

**IBAN**: ES24

**BIC**: BSCH ES MMXXX

**Número de Cuenta**: 0049.4666.08.2116267357.

Quince días antes del comienzo del campamento, se ingresa el resto del importe.