**CAMPAMENTO URBANO MULTIACTIVIDAD+INGLÉS**

**(English Summer Camp)**

**CAMPAMENTO URBANO MULTIACTIVIDAD+ALEMÁN**

**(Deutsche Sommerschule)**

FOTO

 **FICHA DE INSCRIPCIÓN**

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

1er APELLIDO:………………………………………………............................................

 2º APELLIDO:……………………………………….………………….…...............................

**VERANO**

**NOMBRE DEL CAMPAMENTO QUE SOLICITA**:

* Campamento URBANO-MULTIACTIVIDAD + INGLÉS - MADRID
* CAMPAMENTO URBANO-MULTIACTIVIDAD + ALEMÁN - MADRID

**IDIOMA**:

* **INGLÉS**
* **ALEMÁN**

**NIVEL DE IDIOMA**

A1 A2 B1 B2 C1

**FECHAS**: **HORARIO**:

**JUNIO**: DESDE …………………….… A ……………………..

**JULIO**: DESDE …………………….… A …………………….. **COMIDA:**  SÍ  NO

**DATOS PERSONALES**

Dirección habitual

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

C.P.… ……………….. Madrid…………………………………………..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. Centro Escolar………………………………………………...............................

.

¿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? ¿Cuál? (vista, dislexia, enuresis…) …………………………………………………………………..........

¿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: 50€. Especificando nombre y apellidos del niño, Fecha+Campamento Urbano Inglés- Madrid o Campamento Urbano Alemán-Madrid**

**BANCO SANTANDER**

**IBAN:** ES55.0049.4666.04.2716280671

El resto del importe se ingresa 15 días antes del comienzo del campamento