

Campamento de Verano 2022

Ficha de inscripción

Alumnos NO pertenecientes al colegio

DATOS DEL ALUMNO

ALUMNO	
FECHA DE NACIMIENTO	CURSO

	SÍ	NO	DE 9 A 13 H.	DE 9 A 16 H.
DEL 27 DE JUNIO AL 01 DE JULIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEL 04 AL 08 DE JULIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEL 11 AL 15 DE JULIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEL 18 AL 22 DE JULIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEL 26 AL 29 DE JULIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TODO EL CAMPAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HORARIO AMPLIADO

SÍ NO

INDICAR CUÁL:

Horario de 9 a 16 h. (almuerzo y comida incluida).

Horario de 9 a 13 h. (almuerzo incluido).

Horario ampliado de 7:30 / 8 a 9 incluye desayuno y de 16 a 17 h. merienda.

DATOS FAMILIARES

PADRE/MADRE	DNI
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

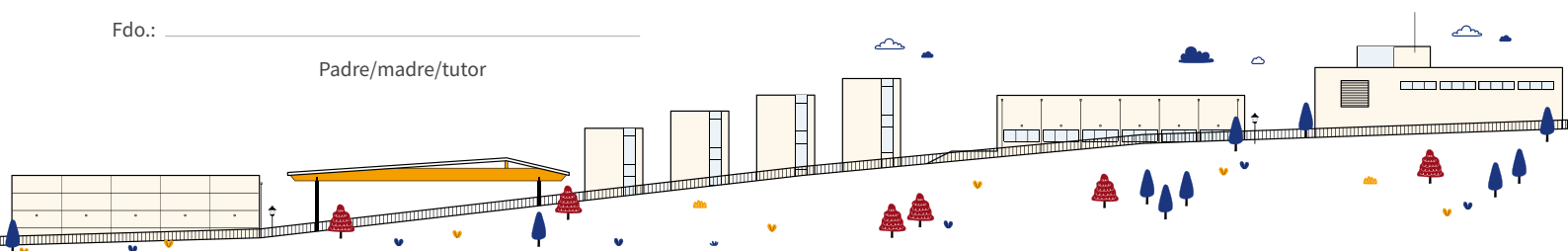
PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGIDA

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI
TELÉFONO	PARENTESCO
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI
TELÉFONO	PARENTESCO

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo.: _____

Padre/madre/tutor



Campamento de Verano 2022

Ficha de atención sanitaria

Consentimiento para atención sanitaria

En caso de que mi hijo necesite atención sanitaria, autorizo a la dirección del centro a actuar según lo requieran las circunstancias, incluido el traslado a un centro médico con los medios de transporte de los que se disponga. Si no se me puede localizar también les autorizo a actuar y a dar su consentimiento para el tratamiento recomendado por el personal médico cualificado.

En caso de que mi hijo/a necesite atención médica, autorizo a la dirección del centro a actuar según lo requieran las circunstancias, incluido el traslado a un centro médico con los medios de transporte de los que se disponga.

SÍ NO INDICAR CUÁL: _____

En caso de que mi hijo requiera la administración de algún medicamento y no puedan localizarme, autorizo a que el personal del centro se lo suministre.

SÍ NO INDICAR CUÁL: _____

Los tratamientos médicos intentar administrar en el domicilio. En el centro sólo se darán aquellos que lo requieran ineludiblemente y siempre adjuntando prescripción médica y autorización, que deberán enviar previamente al correo: enfermeria@colegiomalvar.com

Rogamos faciliten cualquier tipo de información sobre su hijo que pueda ser de interés del Colegio como alergias conocidas u otras condiciones médicas.

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: _____

Padre/madre/tutor

