



ASOCIACIÓN JUVENIL BARASONA

Colegio Salesiano Santo Domingo Savio
Paseo. San Juan Bosco 83 22400 Monzón (Huesca)
Tel. Colegio. 974 4168 88 Fax. 974 404 915
Móvil Asociación 616 325 960

www.barasona.org Mail barasona@barasona.org

Fotografía

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nº inscripción: _____

_____	_____	_____
1º apellido	2º apellido	Nombre

A/-DATOS PERSONALES

Dirección _____

Población _____ CP _____ Provincia _____

Fecha de nacimiento _____ DNI _____

Nombre del padre _____ Teléfono móvil padre _____

Nombre de la madre _____ Teléfono móvil madre _____

Domicilio y teléfono de los padres/tutores durante la colonia (solo si es distinto del habitual)

B/-INFORMACION SANITARIA (a rellenar por los padres/tutores. Este apartado en **MUY IMPORTANTE**)

ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Diabetes
- Epilepsia
- Jaquecas
- Úlceras
- Vómitos
- Mareos

Otras enfermedades crónicas o tratamiento de las indicadas

ALERGIAS

- Polen
- Pelo de animales
- Picaduras de insectos
- Lactosa
- Penicilina
- Yodo

Otras enfermedades crónicas o tratamiento de las indicadas

MIEDOS

- Altura
- Oscuridad
- Agua

Otros miedos

VACUNAS

- Tétanos
- Triple
- Cuádruple

Fecha vacunación

NO PUEDE COMER (Indicar el alimento que no puede comer y explicar las razones de por qué no puede hacerlo)

OTROS DATOS DE INTERÉS

La persona firmante DECLARA, bajo su responsabilidad, que los datos médicos reseñados en esta ficha SON CIERTOS, NO HABIENDO OCULTADO INFORMACIÓN, quedando enterada de la OBLIGATORIEDAD de mantener esta ficha ACTUALIZADA, notificando los cambios pertinentes tan pronto se produzcan.



ASOCIACIÓN JUVENIL BARASONA

Colegio Salesiano Santo Domingo Savio
Paseo. San Juan Bosco 83 22400 Monzón (Huesca)
Tel. Colegio. 974 4168 88 Fax. 974 404 915
Móvil Asociación 616 325 960

www.barasona.org Mail barasona@barasona.org

C/-AUTORIZACION

El que suscribe Sr./a _____ con DNI nº _____
padre, madre o tutor de _____

al que autorizo a asistir a las Colonias de Verano organizadas por la A.J. Barasona, en las condiciones establecidas, además,

AUTORIZO POR LA PRESENTE A:

- Que los educadores responsables de la actividad, en situaciones que afecten a la salud de mi hijo, administren de acuerdo a las indicaciones médicas recibidas, el tratamiento prescrito por facultativo.

En caso de no estar de acuerdo con el anterior apartado, marcar la casilla siguiente:

- No autorizo y hago constar explícitamente que en caso de darse la situación anteriormente expuesta, la entidad queda exonerada de toda responsabilidad.**

Firma

- Del mismo modo y en previsión de situaciones de urgencia medico-sanitaria, tales como intervenciones quirúrgicas o casos de urgencia inmediata, autorizo a los educadores responsables de la actividad a prestar su consentimiento a las mismas en caso de extrema gravedad siempre y cuando medie la imposibilidad de contactar y recabar previamente dicha autorización o consentimiento a los progenitores o tutores.

En caso de no estar de acuerdo con el anterior apartado, marcar la casilla siguiente:

- No autorizo y hago constar explícitamente que en caso de darse la situación anteriormente expuesta, la Entidad queda exonerada de toda responsabilidad.**

Firma