



concellería
de igualdade
concello de vigo

Campamento de Nadal na Casa das Mulleres

FICHA DE INSCRICIÓN

Marcar o que corresponda:

- Acollida 08:00
 1ª Quenda (27, 28 e 29 de decembro)
 2ª Quenda (3, 4 e 5 de xaneiro)

DATOS PERSOAIS DA RAPAZA OU DO RAPAZ

Nome: _____ Apelidos: _____

Data de nacemento: _____ Idade: _____

DNI: _____

DATOS PERSOAIS DO/A PAI/NAI TITOR/TITORA

Nome: _____ Apelidos: _____

Enderezo: _____ Nº: _____ Piso: _____

Código Postal: _____ DNI: _____

Tlfn.: _____ Móbil 1: _____ Móbil 2: _____

Enderezo electrónico: _____

NOTA: Cada participante deberá traer a súa merenda

Documentación necesaria:

- .copia compulsada do libro de familia
- .copia do seguro médico
- .copia do DNI da nai/pai/tutores/as
- . Volante de empadramento en Vigo da/o menor inscrita/o

AUTORIZACIÓN

D/Dna _____,
con DNI: _____ como titor/a legal de

1. Autorízoo/a a participar na actividade arriba sinalada
2. Dou a miña conformidade para que en situacións de urxencia as responsables da actividade tomen as decisións oportunas para o ben do/a menor en caso de que sexa imposible a miña localización.
3. Autorizo/Non autorizo (risque o que proceda) a que as monitoras da actividade realicen fotografías ou vídeos durante as actividades que poderán ser expostas na páxina web da Concellería de Igualdade do Concello de Vigo, así como en calquera outro soporte da concellería con obxecto de difusión da actividade.

Persoas autorizadas a recoller á/ao menor:

Nome e apelidos: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

Nome e apelidos: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

Nome e apelidos: _____

DNI: _____ Parentesco: _____

Asinado

Vigo, _____ de _____ de 2010

DATOS MÉDICO SANITARIOS

A) ALERXIAS (Especificar tipo):

b.1) Antibióticos, medicamentos:

b.2) Animais ou alimentos:

B) SEGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN OU TRATAMENTO MÉDICO ESPECIAL?

C) SEGUE ALGÚN RÉXIME DE COMIDA? (tipo): _____

D) EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NON POIDA TOMAR? _____

E) PADECE ALGUNHA AFECCIÓN FRECUENTE? _____

F) TEN ALGÚN MEDO CARA ALGO EN ESPECIAL? _____

G) SOFRE ALGÚN TIPO DE RETRASO MOTOR OU MENTAL? _____

H) NECESITA ALGÚN APOIO EXTRA? _____

I) OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE DESEXA REFLECTIR: _____

Pegar fotocopia Cartilla da Seguridade Social
ou seguro médico privado

Asina Nai, Pai ou Titor/Titora Legal
