



FICHA PARTICIPANTE VACACIONES PARQUE EUROPA

Nombre y Apellidos del niño/a:		Edad:	
Nombre del Padre, Madre o Tutor / a:		D.N.I.:	
Dirección:			
Persona de Contacto	Teléfono	Persona de Contacto	Teléfono
Correo electrónico			

Semanas:

Marque la fecha elegida

1ª/ 1 al 9 de julio	(7 días)	90 €	<input type="checkbox"/>
2ª/ 12 al 15 de julio	(5 días)	65 €	<input type="checkbox"/>
3ª/ 19 al 23 de julio	(5 días)	65 €	<input type="checkbox"/>
4ª/ 26 al 30 de julio	(5 días)	65 €	<input type="checkbox"/>

En calidad de tutor / a del participante de VACACIONES URBANAS PARQUE EUROPA arriba indicado / a, autorizo a que el Ayuntamiento de Torrejón de Ardoz utilice fotografías en las que aparezca el citado menor con el fin de la elaboración de carteles, folletos y otros soportes publicitarios, en las campañas informativas de los programas de actividades de la Concejalía de Educación de este Ayuntamiento.

Autorización fotografías:

 SI

 NO

Firma tutor / a:

TARJETA SANITARIA

Grapar o pegar fotocopia tarjeta sanitaria:

DATOS MÉDICOS

Alergias:	Intolerancia a algún alimento:
Minusvalías físicas:	Minusvalías psíquicas:
¿Está al corriente su cartilla de vacunación? Marque la casilla que corresponda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Está tomando alguna medicación?
Otras patologías y observaciones:	

En calidad de tutor / a del participante de VACACIONES PARQUE EUROPA indicado / a, autorizo al personal de la actividad de "VACACIONES PARQUE EUROPA", al tratamiento de los datos de salud aportados y a trasladar a mi hijo/a a un centro médico en caso de accidente y/o enfermedad.

Firma tutor / a

Torrejón de Ardoz, a _____ de _____ de _____
