

**FICHA DE RESERVA DE PRAZA PARA ADXUDICATARIOS DO  
SORTEO  
“EXPLORA OURENSE”**

**DATOS DO/A ACAMPADO/A**



NOME E APELIDOS:

ENDEREZO:

LOCALIDADE:

CP:

IDADE:

DATA DE NACEMENTO:

D.N.I.:

**DATOS DO/A PAI/NAI OU TITOT/A**

NOME E APELIDOS:

TELÉFONO FIXO:

TELÉFONO MÓBIL:

E- MAIL:

*Estás interesado/a en recibir información sobre as actividades que se desenvolvemos dende Sustinea?*

SI            NON

**DATOS MÉDICOS**

Ten todas as vacinas (incluída a do tétanos)?            SI    NON

.....

Ten alerxia a algún medicamento?            SI    NON

.....

Ten alerxia a algún alimento?            SI    NON

.....

Ten alerxia ós insectos?            SI    NON

.....

Ten asma?            SI    NON

.....

Ten algún outro tipo de alerxia?            SI    NON

.....

Está a tratamento médico? SI NON

Por qué?

.....

.....

Toma medicación? SI NON

Posoloxía.....

.....

Observacións.....

.....

¿Ten alguna enfermidade infecto-contaxiosa? SI NON

Indicacións

.....

.....

¿Ten algún tipo de réxime? SI NON

Por qué?

.....

.....

Observacións

.....

.....

***¡IMPORTANTE! Tanto as alerxias alimentarias como os réximes alimentarios ou referidos a actividades físicas deberán estar debidamente xustificados por un CERTIFICADO MÉDICO que acompañe a esta ficha. Por favor, non deixe ningún oco sen cubrir. En caso de dúbida consulte ó seu médico***

**IMPRESINDIBLE ENTREGAR A TARXETA SANITARIA ORIXINAL NA ENTRADA AO CAMPAMENTO**

**Don/Dona:**

.....

.....

**con DNI:**

.....

.....

**Como nai, pai, titor legal de:**

.....

**Autorizo aos/ás monitores/as da Asociación Sustinea a administrar os medicamentos anteriormente sinalados na forma e horarios arriba indicados durante a realización do Campamento Ambiental de Verán “Explora Ourense” 2019.**

**Entendo que sen informe médico previo, non poderán administrar ningún tipo de medicamento ao meu fill@.**

**Firma e data**

**SABE NADAR?**

SI      REGULAR      NON

Observacións.....  
.....  
.....

**OBSERVACIÓ**

(Datos importantes que nos axuden a mellorar a atención ao seu fillo ou filla: malas experiencias, timidez,...)

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

*Ós efectos do previsto na Lei Orgánica 15/99 de 13 de Decembro, Lei de Protección de Datos de Carácter Persoal (L.O.P.D.), infórmase que os seus datos non serán incluídos en ningún ficheiro de tratamento automatizado de datos.*

*Os datos simplemente conservaríanse para dar resposta a súa consulta. Se fose necesario incluílos nun ficheiro se lle comunicará por escrito a fin de recaba-lo seu consentimento e dar cumprimento ó estipulado na Lei Orgánica 15/99 de 13 de Decembro, Lei de Protección de Datos de Carácter Persoal (L.O.P.D.)*

*O/a pai/nai/titor-a do participante menor de 14 anos (en caso de ser maior de 14 anos será el mesmo/a), AUTORIZA a realización de fotografías e/ou vídeos do/a autorizado/a nas actividades nas que está inscrito/a. En caso de negarse marque no seguinte recadro.*

O/a abaixo firmante coñece e acepta todas e cada unha das condicións xerais que aparecen na folla informativa da actividade.

En Ourense a                      de                      de 2019

Firmado:

DNI: