

# PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN  
CUESTIONARIO DE SALUD  
AUTORIZACIÓN

- Nombre de la Actividad: **NIEVE JOVEN 2020**

<input type="checkbox"/> 24-26 ENERO	<input type="checkbox"/> 14-16 FEBRERO
--------------------------------------	--

- Datos del Participante:

Nombre y apellidos			
D.N.I.	Fecha de Nacimiento	Edad	
Dirección			
Población	C.P.	Teléfono Móvil/Fijo del participante:	
e-mail:		Otros Teléfonos (padres):	
¿Autoriza su incorporación a un grupo de Whatsapp, para recibir información durante la actividad?:			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene carné de Actividades Socio-Culturales Municipales?			Si <input type="checkbox"/> n° <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está Abonado a las Instalaciones Deportivas Municipales?			Si <input type="checkbox"/> n° <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
SNOW: <input type="checkbox"/>	SKI: <input type="checkbox"/>	NIVEL: INICIO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/>	ALTURA: TALLA-PIE:

- Datos Médicos:

¿Es alérgico a algún medicamento? \_\_\_\_\_ Especifique cuál:  
\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún alimento? \_\_\_\_\_ Especifique cuál:  
\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a alguna otra cosa? \_\_\_\_\_ Especifique cuál:  
\_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_ Especifique cuál:  
\_\_\_\_\_

¿Es diabético o asmático? \_\_\_\_\_ Especifique:  
\_\_\_\_\_

¿Tiene ataques epilépticos?  
\_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad del aparato digestivo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad del aparato respiratorio?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Presenta alguna otra enfermedad o dato médico de interés?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indíquenos cualquier otro dato sobre salud de su hijo/a que pueda ser de interés:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Número de Cuenta Bancaria para la devolución en caso de anulación por falta de participantes:

ES \_\_\_\_\_

Me han sido entregadas todas las normas de funcionamiento de la presente actividad. **Conozco y acepto** dichas normas y en su caso, autorizo a mi hijo/a cuyos datos se reflejan en este boletín a participar en la misma.

Tomares, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del participante, padre, madre o tutor: \_ \_ \_ \_ \_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

- Documentación a presentar:**
- Mayores de Edad: Fotocopia del DNI del participante.
  - Menores de Edad: Fotocopia del DNI de la persona que autoriza (padre, madre o tutor legal) y Fotocopia del DNI del participante o Fotocopia del Libro de Familia.
  - Justificante de pago