

## INSCRIPCIÓ COLONIAS DE VERANO DEL 03 AL 07 DE JULIO 2017

### DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A:

|         |                      |
|---------|----------------------|
| Nombre: | Apellidos:           |
| Edad:   | Fecha de nacimiento: |

### DATOS PERSONALES DEL PADRE-MADRE:

|   |                |
|---|----------------|
| Nombre:   | Apellidos:     |
| DNI:  |                |
| Calle:  | Código postal: |
| Población:  |                |
| Teléfono de contacto (poner la persona de contacto para cada uno):                              |                |
| 1.  | 2.             |
| 3.  | 4.             |
| *En el caso de llamar se hará siguiendo el orden. No es necesario rellenar los cuatro teléfonos |                |
| Correo electrónico (en letra mayúscula)   |                |
| *El correo principal que consulten habitualmente  |                |

### PERSONA QUE TRAERÁ EL NIÑO/A:

|                     |
|---------------------|
| Nombre y Apellidos: |
|---------------------|

### PERSONA QUE RECOGERÁ EL NIÑO/A:

|                     |
|---------------------|
| Nombre y Apellidos: |
|---------------------|

### DATOS MÉDICOS:

|  |
|--|
| ¿Tiene algún problema médico que crean conveniente destacar? ¿Tomará medicación durante las colonias? ¿Cuál? |
| *necesario adjuntar receta   |
| ¿Hace algún régimen especial? ¿Tiene alguna alergia alimentaria?   |
| ¿Sufre algún otro tipo de alergia?   |

¿Ha sido operado en alguna ocasión?

¿Fecha de la última dosis antitetánica?

Otras observaciones:

\*Por ejemplo si sufre enuresis nocturna, no sabe nadar o bien cualquier otra información que consideren necesario que sepamos.

**NÚMERO DE TARJETA SANITARIA:**

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA:**

- *Fotocopia tarjeta sanitaria*
- *Fotocopia cartilla de vacunas*
- *Informe diagnóstico y/o trastornos asociados con fecha no superior a un año*
- *Prescripción del médico de toma de fármaco durante el período de colonias*
- *Comprobante pago*

**FORMA DE PAGO:**

Transferencia bancaria. Por un **IMPORTE TOTAL DE 250€, 5% de descuento en hermanos aplicado a los dos hermanos**

**ES27 - 2100- 0940- 80- 0200192770**

**\*Indicando en la transferencia el nombre del niño**

***Es necesario consultar la disponibilidad de plazas antes de llevar a cabo la inscripción.***

**ANULACIONES:** sólo se admitirán anulaciones notificadas antes del 31 de mayo del 2017.  
La anulación da derecho a la devolución del 50% del coste de la actividad.

**AUTORIZACIONES:**

Sr./Sra. .... (nombre y apellidos) con DNI o pasaporte  
....., como padre/madre/tutor- a del niño/a ..... autorizo a  
los profesionales de **Fundación Privada Adana** a administrarle la medicación establecida por el médico durante las  
colonias de Adana los días del 3 al 7 de julio de 2017.

Hago extensiva esta autorización a las decisiones medicoquirúrgicas que fuesen necesario adoptar, en caso de extrema  
urgencia, bajo la pertinente dirección facultativa y doy fe que todo lo escrito anteriormente es cierto y correcto.

Os pedimos también que nos informen en caso de que su hijo / a sea alérgico a algún tipo de medicamento o alimento

Tipo de alergia: .....

Barcelona, a ..... de..... de 2017.

**Firma del padre, madre o tutor-a.**

*Autorizo que mi hijo-a reciba pequeñas curas y medicamentos como; analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorios, de formulación  
infantil y que se administran sin receta.*

Barcelona, a ..... de..... de 2017.

**Firma del padre, madre o tutor-a.**

*Certifico a través de mi firma la autenticidad de todos los datos que aparecen en este documento. Así mismo, en caso de no  
manifestar expresamente lo contrario, doy mi conformidad para poder realizar y utilizar material gráfico, plástico, audiovisual y  
fotográfico de las actividades en las que participe mi hijo-a.*

Barcelona, a ..... de..... de 2017.

**Firma del padre, madre o tutor-a.**