



## FECHAS:

Del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

## DATOS PERSONALES:

Apellidos:	
Nombre:	
Horario:	Comedor:
Fecha nacimiento:	DNI:
Calle	Nº
Localidad	Provincia

## INFORMACION ADICIONAL:

Alguna lesión a tener en cuenta:
Alguna enfermedad:
Alergias:
Nombre del padre, madre o tutor/a:
Apellidos
DNI:
Teléfono fijo:
Teléfono móvil:
Teléfono y persona contacto en caso de urgencia:
E-mail:

Don/Doña: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

autoriza a su hij@ a realizar dicho campus. Hace extensiva esta autorización a las decisiones médic-quirúrgicas que fuese necesario adoptar, en caso de extrema urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa, renunciando expresamente a exigir responsabilidad alguna por lesiones que pudieran originarse a consecuencia de la actividad que se realicen en el campus, que asume en su totalidad, ceder los derechos de imagen y publicidad de cada alumno para su posterior publicación en cualquier medio nacional e internacional, web, o DVD, conmemorativo del evento, así como las excursiones que se realizarán durante el mismo.

Fecha y firma:

---