

# Verano 2018 inscripción



D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_, en su calidad de padre/madre/tutor del menor de edad arriba indicado, **autoriza** a dicho menor de edad a participar en las siguientes actividades:

- Club de Verano en Jumara
- English Camp en Tramasieras
- Camino de Santiago + Bilbao
- Curso de Verano en El Poblado
- Trofeo Champions 2018

> **Autoriza** a realizar las excursiones externas que incluya dicha actividad.  
> **Autoriza** a que se adopten las decisiones médico-quirúrgicas que fueran necesarias en caso de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente. Adjunta a esta autorización se debe rellenar la ficha de datos médicos si es necesario.  
> **Autoriza** a que los datos personales recogidos sean tratados en la base de datos de la Asociación Club Jumara para gestión de sus actividades. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, sus datos no podrán ser cedidos sin su consentimiento y se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en dirección postal y de e-mail.  
> **Autoriza** la publicación de imágenes de dicho menor para uso exclusivo de las publicaciones del Club Jumara.

Firma: \_\_\_\_\_ En Zaragoza, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

**Modo de pago:**  Efectivo (1)  Giro (2)  Transferencia (3)

**Socio:**  Sí  No

**Pago:** \_\_\_\_\_ euros

(1) Necesario dar nº DNI (2) Esta opción requiere que el participante sea socio del club (3) La transferencia se hace en la c/c de la Asociación Club Jumara en Ibercaja (IBAN: ES43 2085 5202 7403 3139 9601, BIC/SWIFT: CECAESMM086), indicando el nombre del participante y de la actividad.

# Verano 2018 inscripción



D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_, en su calidad de padre/madre/tutor del menor de edad arriba indicado, **autoriza** a dicho menor de edad a participar en las siguientes actividades:

- Club de Verano en Jumara
- English Camp en Tramasieras
- Camino de Santiago + Bilbao
- Curso de Verano en El Poblado
- Trofeo Champions 2018

> **Autoriza** a realizar las excursiones externas que incluya dicha actividad.  
> **Autoriza** a que se adopten las decisiones médico-quirúrgicas que fueran necesarias en caso de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente. Adjunta a esta autorización se debe rellenar la ficha de datos médicos si es necesario.  
> **Autoriza** a que los datos personales recogidos sean tratados en la base de datos de la Asociación Club Jumara para gestión de sus actividades. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, sus datos no podrán ser cedidos sin su consentimiento y se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en dirección postal y de e-mail.  
> **Autoriza** la publicación de imágenes de dicho menor para uso exclusivo de las publicaciones del Club Jumara.

Firma: \_\_\_\_\_ En Zaragoza, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

**Modo de pago:**  Efectivo (1)  Giro (2)  Transferencia (3)

**Socio:**  Sí  No

**Pago:** \_\_\_\_\_ euros

(1) Necesario dar nº DNI (2) Esta opción requiere que el participante sea socio del club (3) La transferencia se hace en la c/c de la Asociación Club Jumara en Ibercaja (IBAN: ES43 2085 5202 7403 3139 9601, BIC/SWIFT: CECAESMM086), indicando el nombre del participante y de la actividad.

# Ficha datos médicos



NOMBRE Y APELLIDOS

CURSO

## DATOS MÉDICOS

Diagnóstico principal	
Patologías médicas asociadas <i>(problemas del corazón, respiratorias, visuales...)</i>	
Alergias e intolerancias <i>(a alimentos, a medicamentos, alergias generales...)</i>	
Intervenciones quirúrgicas	
Control de esfínteres	

## TRATAMIENTO: MEDICACIÓN Y POSOLOGÍA

Medicamentos	En ayunas <i>(dosis)</i>	Desayuno <i>(dosis)</i>	Comida <i>(dosis)</i>	Cena <i>(dosis)</i>	Antes de dormir <i>(dosis)</i>
Medicación en caso de urgencia / Otros medicamentos, pomadas, colirios...					
Otras observaciones <i>(efectos secundarios, cambios de conducta, temporalidad de medicamentos...)</i>					

# Ficha datos médicos



NOMBRE Y APELLIDOS

CURSO

## DATOS MÉDICOS

Diagnóstico principal	
Patologías médicas asociadas <i>(problemas del corazón, respiratorias, visuales...)</i>	
Alergias e intolerancias <i>(a alimentos, a medicamentos, alergias generales...)</i>	
Intervenciones quirúrgicas	
Control de esfínteres	

## TRATAMIENTO: MEDICACIÓN Y POSOLOGÍA

Medicamentos	En ayunas <i>(dosis)</i>	Desayuno <i>(dosis)</i>	Comida <i>(dosis)</i>	Cena <i>(dosis)</i>	Antes de dormir <i>(dosis)</i>
Medicación en caso de urgencia / Otros medicamentos, pomadas, colirios...					
Otras observaciones <i>(efectos secundarios, cambios de conducta, temporalidad de medicamentos...)</i>					