



CAMPUS DEPORTIVOS VERANO 2020

NIÑ@ INSCRIT@

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

AÑO DE NACIMIENTO: _____

PADRE/MADRE/TUTOR

D/D^a _____
con DNI _____ autorizo a participar en el campus deportivo organizado por el IMD del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria, de acuerdo a las características y normativa general del campus de las que he sido informado convenientemente durante el proceso de inscripción.

DATOS DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS A RECOGER A L@S NIÑ@S

1.NOMBRE, APELLIDOS Y DNI:

2.NOMBRE, APELLIDOS Y DNI:

3.NOMBRE, APELLIDOS Y DNI:

FICHA MÉDICA

Indicar enfermedades relevantes:	
Alergias o rechazo a medicamentos:	
Sigue algún tratamiento o régimen de comidas:	

DECLARACIÓN RESPONSABLE:

Garantizo que la salud del niño/a durante los 14 días previos a la entrada al campus ha sido la adecuada y no ha tenido síntomas compatibles con COVID-19. Además de no haber estado en contacto estrecho con nadie con dicha sintomatología.

TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR: