

INSCRIPCIÓN SUMMER CAMP POOLE

Datos del alumno/a:

Nombre		Apellidos		
Fecha de nacimiento		DNI	Curso	
Dirección				
Teléfono Móvil			E-mail	

Datos del padre:

Nombre		Apellidos		
DNI	Teléfono Móvil	Teléfono Fijo	Teléfono Trabajo	E-mail

Datos de la madre:

Nombre		Apellidos		
DNI	Teléfono Móvil	Teléfono Fijo	Teléfono Trabajo	E-mail

Estancia en Poole:

Fechas de Campamento			
Opción alojamiento	Si	No	
No compartir (solo si es viable)			
Compartir con alumno español			
Compartir con alumno extranjero			

En caso de no poder atender la preferencia de alojamiento por motivos de organización, nos pondremos en contacto con vosotros.

Observaciones _____

Datos médicos:**Alergias:**

	Si	No	Observaciones / Tratamientos
Medicamentos			
Alimentarias			
Respiratorias			
Tópica/Cutánea			
Picaduras insectos			
Perros/Gatos			
Otras			

Enfermedades actuales:

	Si	No	Observaciones / Tratamientos
Asma			
Diabetes			
Epilepsia			
Cardiovasculares			
Digestivas			
Músculo-esqueléticas			
Cutáneas			
Otras			

¿Requiere algún tipo de dieta especial?

Problemas / trastornos:

	Si	No	Observaciones / Tratamientos
Visuales			
Auditivos			
Motrices			
Neurológicos			
Otros			

El alumno/a ha presentado alguna vez:

	Si	No	Observaciones / fecha
Reacciones alérgicas			
Convulsiones febriles			
Convulsiones por otros motivos			
Crisis asmáticas			

Ha padecido las siguientes infecciones:

	Si	No	Observaciones / fecha
Varicela			
Escarlatina			
Meningitis			
Paperas			
Hepatitis			
Otros			

Operaciones o antecedentes de interés

Padre (o tutor) del alumno/a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Firmado:

Madre (o tutora) del alumno/a:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Firmado:

En _____ a _____ de _____ de 20__