

## DATOS PARTICIPANTE

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**1er APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**2do APELLIDO:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **C. Postal:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**MÓVIL:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:** \_\_\_\_\_

## DATOS PADRES/TUTOR

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **MÓVIL:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **MÓVIL:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN**

**Don/Doña.....,**  
**con DNI número ....., autorizo a mi hija/o a participar**  
**en Leader Code Irlanda.**

Igualmente, me declaro conocedor de las condiciones de participación, del proyecto educativo, de la normativa del curso y de las actividades que se llevarán a cabo durante el programa y las acepto mediante el acto de esta firma.

Fdo.  
Nombre y apellidos:  
DNI:

Asimismo, le informamos que:

- Sus datos identificativos serán comunicados a las personas responsables de la actividad para que lleven a cabo la tarea que tienen encomendada.
- Sus datos o los datos relativos a su hijo/a o tutelada podrán ser transmitidos a organismos oficiales, sanitarios o aseguradoras legalmente autorizados, en caso de necesidad.
- Hace extensiva esta autorización a todas las decisiones de seguridad y médico-quirúrgicas que deban adoptarse en caso de extrema gravedad, bajo la dirección facultativa pertinente. Incluido el traslado en vehículo privado destinado al uso de emergencias, con las medidas de seguridad pertinentes.
- De la misma forma, autoriza la publicación y utilización sin ánimo de lucro y conforme a la legislación vigente, por cualquier procedimiento o soporte, de su imagen, nombre y voz o de la imagen, o en el caso de menores de edad, del nombre y la voz de mi hijo/a o tutelado, para los fines propios y actividades organizadas por la Fundación Fase y las asociaciones que participan en la actividad, tanto en medios impresos como audiovisuales.
- Los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición), pueden ser ejercidos mediante escrito dirigido a Fundación FASE C/ Ríos Rosas, 44 A-Madrid (fase@fasefundacion.org)

En ....., a ..... de ..... de 201...

Fdo.

Nombre y apellidos:

DNI:

## FICHA MÉDICA

¿Tiene algún tipo de alergia o asma?

.....

¿Toma alguna medicación?  Sí  No

¿Cuál?.....

Dosis:.....

¿Tiene insomnio?  Sí  No

¿Tiene enuresis nocturna?  Sí  No

¿Sabe nadar?  Sí  No

¿Tienes todas sus vacunas actualizadas?

Sí  No

¿Sigue algún régimen alimenticio?  Sí  No

.....

¿Tiene algún tipo de intolerancia alimentaria? ¿Cuál?.....

Firma de la participante, en el caso de que sea menor de edad, del padre/madre o tutor

Nº Tarjeta Sanitaria: