

FOTO

NOMBRE.....APELLIDOS.....

FECHA DE NACIMIENTO.....EDAD.....

NOMBRE DEL PADRE.....

NOMBRE DE LA MADRE.....

DOMICILIO.....

COLEGIO.....CURSO.....LETRA.....

TELÉFONOS DE CONTACTO.....

E-MAIL.....

¿Es alérgico/a a alguna sustancia, medicamento, alimento,etc?.....

¿Presenta algún problema de salud?.....

¿Toma algún medicamento?.....

Al finalizar la jornada, ¿volverá sólo a casa o le recogerá alguien?.....

Si vienen a buscarle/a, especificar quién.....

Realizará la actividad :

	Sin Comedor	Con Comedor
Última semana de junio (del 27 al 30)	(No existe esta opción para junio)	
1º Quincena de Julio (del 1 al 15)		
2ª Quincena de Julio (del16 al 31)		
Mes completo de Julio (del 1 al 31)		

Autorizo a..... a realizar las actividades programadas en la Colonia de Verano y a trasladarse fuera del centro cuando así lo requiera la programación, acompañados siempre de los monitores.

Madrid,.....de.....de 2011

Firma de la Madre/Padre/Tutor/a

Nombre.....
DNI N°.....

	AUTORIZO	NO AUTORIZO	PEGAR O GRAPAR COPIA DE LA TARJETA SANITARIA
Realización de fotos para uso interno del Colegio durante las actividades			