

INFORME MÉDICO

Nombre: _____
Apellidos: _____
¿Es propenso/a a sufrir alguna enfermedad?: _____
¿Cuál?: _____

¿Es alérgico/a?: _____ ¿A que? _____

¿Está bajo tratamiento médico?: _____
¿Cuál?: _____
¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente en fecha reciente? _____
¿De qué?: _____

Número de cartilla o póliza: _____ Compañía: _____

AUTORIZACIÓN

Datos del padre/madre/tutor:

Nombre: _____
D.N.I.: _____

Autorizo a: _____

A incorporarse al **V Campus Internacional 'Amaya Valdemoro'**, dándome por enterado/a de las condiciones y normas de admisión.

A la Dirección del **V Campus Internacional 'Amaya Valdemoro'**, en caso de máxima urgencia con el consentimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones médico quirúrgicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

A la grabación total o parcial (sea en foto, video o cualquier soporte gráfico) de la imagen del participante durante la duración del campus para poder ser utilizados en folletos, web site...

FIRMA:

OTROS DATOS DE INTERES

Colegio o Club al que perteneces: _____
Prácticas Basket desde (años): _____
Posición de juego: _____
Altura: _____ Jugadora que te gustaría ver en el Campus: _____

Te apuntaste al V Campus a través de: _____
Conociste el V Campus por medio de (Internet, Revista, Entrenador...): _____
¿Has participado en el Campus Internacional 'Amaya Valdemoro'?: _____

Espacio reservado para el n° de registro

NÚMERO: