|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES ALUMNO** | | | |
| APELLIDOS: | | NOMBRE: | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | |
| ESTATURA: (En cm.) | PESO: | Nº DE PIE (Botas): | |
| NIVEL DE ESQUÍ: | |  | INICIAL (nunca ha esquiado) |
|  | REGULAR (domina la cuña, ha esquiado más de 5 días) |
|  | MEDIO (inicio al paralelo, ha esquiado más de 10 días) |
|  | ALTO |

**FICHA ALUMNO CURSO ESQUÍ**

Del 27 de Febrero al 2 de Marzo de 2020

Toda la documentación será tratada de manera confidencial.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONAS DE CONTACTO** | | | |
| APELLIDOS: | | NOMBRE: | |
| PARENTESCO: | | | |
| Teléfonos de contacto en caso de necesidad (rellenar por orden de preferencia): | | | |
| TELEFONO | NOMBRE | | PARENTESCO |
| 1.- |  | |  |
| 2.- |  | |  |
| Correo electrónico: *\*opcional sólo si se desea recibir información sobre otras actividades organizadas en el futuro.* |  | |  |

|  |
| --- |
| **DECLARO / AUTORIZO** |
| YO, D./ Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Y D/Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_y  domicilio en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  AUTORIZAMOS a nuestro hijo/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ menor de edad  con DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A PARTICIPAR en el curso de esquí que organiza el COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL BUEN CONSEJO DE MADRID, del 27 de Febrero al 2 de Marzo de 2020, en la estación de BAQUEIRA-BERET.  Padre o tutor legal madre o tutor legal.  Fdo: Fdo: |

**FICHA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES ALUMNO** | |
| APELLIDOS: | NOMBRE: |
| FECHA DE NACIMIENTO: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS IMPRESCINDIBLES ADJUNTOS** (marcar con una “x”) | | |
|  | Nº TARJETA SANITARIA PÚBLICA (obligatoria): | |
|  | Nº TARJETA SANITARIA PRIVADA : | COMPAÑÍA: |
|  | FOTOCOPIA INFORMES MÉDICOS: | |
|  | FOTOCOPIA TRATAMIENTOS MÉDICOS: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICACIÓN** | | | | |
| Está sometido el alumno a algún tratamiento médico que deba seguir durante la estancia:  Si necesita medicación crónica, adjuntar instrucciones de tratamiento (pautas y dosis), autorización e informe médico. El número de dosis que traiga debe ser suficiente para los días de la estancia, y contemplar posibles extravíos. Como consecuencia de la entrega, se autoriza implícitamente a administrar dicha medicación durante la estancia. | | | | |
| DOSIS POR DÍA | | | | |
| Medicamento | Desayuno | Comida | Merienda | Cena |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REACCIONES ALÉRGICAS** | | |
| Indicar en caso afirmativo a que se tiene alergia y tipo de tratamiento: | | |
| ALIMENTO | ¿CUÁL? | TRATAMIENTO: |
| MEDICAMENTO | ¿CUÁL? | TRATAMIENTO: |
| OTROS: | ¿CUÁL? | TRATAMIENTO: |

|  |
| --- |
| **OTROS CUIDADOS** |
| Requiere atención nocturna especial: insomnio, enuresis, sonambulismo. |
| Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente o debido a su carácter: |
| Otros cuidados que deban conocer los responsables y que no estén recogidos en el formulario: |

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE** |
| La falta de respuesta a algunos de estos apartados dará a entender que no existen problemas de salud. Al cumplimentar la ficha sanitaria, manifiesta que los datos expuestos son ciertos, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud del alumno o del resto de participantes, para el buen desarrollo de la actividad. No se admitirán fichas sanitarias que no estén firmadas de forma original. |

|  |
| --- |
| **DECLARO / AUTORIZO** |
| DECLARO, que todos los datos de esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.  AUTORIZO a la administración de la medicación indicada, así como el desplazamiento a centros sanitarios en caso de ser necesario, y que, en caso de urgencia, el coordinador y responsable de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.  NOMBRE (Padre, madre o tutor legal):  DNI (Padre, madre o tutor legal):  FECHA:  FIRMA: |

**✂✂✂✂✂✂✂✂✂**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**INSCRIPCIÓN VIAJE A BAQUEIRA 2020**

**Apellidos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Letra:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMA DE PAGO:** (indicar la opción elegida con una X)

* Domiciliación del Recibo desde secretaría del Colegio.
* Efectivo o cheque a nombre del Colegio Ntra. Sra. Del Buen Consejo

**Confirmo la participación y acepto las orientaciones-normas para el VIAJE A BAQUEIRA que organiza el Colegio Ntra. Sra. del Buen Consejo en febrero-marzo de 2020.**

(Firma del alumno) (Firma del padre y madre)