



AYUNTAMIENTO  
DE LA  
M.I. VILLA DE ZARZALEJO

## FICHA DE INSCRIPCIÓN: CAMPAMENTO DE VERANO

### DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nombre del Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

D. /Dña. \_\_\_\_\_

como padre / madre / tutor/a legal (táchese lo que no proceda), con N.I.F.: \_\_\_\_\_,

AUTORIZA al niño/a referido en esta inscripción a participar en el Campamento durante las fechas \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

Firmado : .....  
(Padre, Madre o Tutor/a Legal)



## AYÚDANOS A CONOCER A TU HIJA O HIJO.

Queremos conocer a tu hijo/a un poco mejor por lo que te pedimos que nos hables de él/ella.

### **CAMPAMENTO:**

1. ¿Es la primera vez que va de Campamento? SI / NO

En caso de haber ido anteriormente de campamento, ¿qué experiencia previa tiene?

---

---

2. ¿Asiste por motivación propia al Campamento? SI / NO

En caso negativo, ¿está de acuerdo en participar? SI / NO

### **AMIGOS/AS:**

4. ¿Hace amigos/as con facilidad? SI / NO

5. ¿Tiene amigos/as en el centro escolar al que acude? MUCHOS / REGULAR / POCOS

6. ¿Asiste con amigos/as al Campamento? SI / NO

En caso afirmativo, nombre de los amigos/as \_\_\_\_\_

---

7. ¿Es extrovertido o más bien introvertido? \_\_\_\_\_

### **FAMILIA:**

8. ¿Tiene hermanos/as? SI / NO

¿Cuántos y de qué edad? \_\_\_\_\_

9. ¿Qué tal es la relación con sus hermanos/as? \_\_\_\_\_

---

---



AYUNTAMIENTO  
DE LA  
M.I. VILLA DE ZARZALEJO

**DATOS MÉDICOS:**

A. ALERGIAS (Especificar tipo): \_\_\_\_\_

b.1) Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_

b.2) Animales o alimentos: \_\_\_\_\_

B. ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIAL? ESPECIFICAR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. ¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN DE COMIDA?(tipo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. ¿EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NO PUEDA TOMAR? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E. ¿PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F. ¿TIENE ALGÚN MIEDO HACIA ALGO EN ESPECIAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G. ¿NECESITA ALGÚN APOYO EXTRA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

H. ¿SABE NADAR? \_\_\_\_\_

I. OTRAS OBSERVACIONES QUE DESEE REFLEJAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de que sea imposible mi localización, AUTORIZO a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas que estimen oportunas en beneficio del menor.

Firmado : .....  
(Padre, Madre o Tutor/a Legal)