



HOJA DE DATOS MÉDICOS

Alergias o sensibilidad a medicamentos _____

Lesiones importantes _____

Enfermedades recientes _____

Si su hijo/a debe tomar algún medicamento durante el campus, indique cual o cuales _____

Afiliación del participante _____

Nº de cartilla o póliza _____

Compañía _____

Todos los campers estarán cubiertos por un seguro de responsabilidad civil.

Autorizo a mi hijo/a a participar en todas las actividades programadas en el Campus WoB 2010.

Firma del padre/madre