



Excmo. Ayuntamiento de  
Chinchón

## PREINSCRIPCIÓN URBA CAMP 24 DE JUNIO

- Informe médico si es necesario. (EN CASO DE ALERGIAS O TRATAMIENTO)

### DATOS DEL PARTICIPANTE :

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**Fecha de nacimiento :**

**EDAD:**

**DOMICILIO:**

**LOCALIDAD:**

**PROVINCIA:**

**C.P.**

**TELÉFONO 1:**

**TELÉFONO 2:**

**CORREO ELECTRÓNICO @:**

**DATOS MÉDICOS :** INCLUIR INFORME MÉDICO SI ES NECESARIO

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** SI  NO  ( marcar opción) **OTRAS ALERGIAS** SI  NO

**ESPECIFICAR TIPO Y TRATAMIENTO DE ALERGIA O ENFERMEDAD** (alimentos, picaduras, medicamentos...)

**OTROS DATOS QUE DEBAMOS CONOCER:**

### AUTORIZACIÓN:

D/Doña \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ como padre, madre, tutor autorizo/a a su hija/o a participar en el encuentro de jóvenes 24 de Junio 2016, declarando haber leído y aceptado todas las condiciones generales. Así mismo hago extensiva esta autorización a las decisiones médico- quirúrgicas que fueran necesario adoptar en caso de extrema urgencia y de no poder contactar con el padre, madre o tutor/es.

**FIRMA DE PADRE/MADRE O TUTOR:**

**DNI :**

EN \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2016