



# STADIO

Club Deportivo Municipal  
CABO HUERTAS

## INSCRIPCIONES

### CAMPUS VERANO

Nombre y apellidos del niño /a: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Persona que podrá recoger habitualmente al niño/a al término de la actividad:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

Altura: \_\_\_\_\_

Enfermedades actuales o frecuentes (catarros, sinusitis, bronquitis, anginas, fiebres...): \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? SI NO En caso afirmativo, ¿a qué?: \_\_\_\_\_

Es asmático/a SI NO

¿Ha tenido algún ataque epiléptico? SI NO

¿Toma alguna medicación? SI NO En caso afirmativo, ¿cuál?: \_\_\_\_\_

Sigue algún régimen alimentario por prescripción médica SI NO

¿Está vacunado contra tétanos (en vigencia)? SI NO

Otras observaciones: \_\_\_\_\_