



CAMPUS DEPORTIVOS

FICHA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE	
APELLIDOS	
EDAD	
PADRE	
MADRE	
TELEFONO	

QUIEN RECOGE

Autorizo a que las siguientes personas recojan a mi hijo/a una vez finalizada la actividad:

LUNES

MARTES

MIERCOLES

JUEVES

VIERNES

NECESIDADES ESPECIALES

En caso de que su hijo/a sufra alguna afección o requiera de atención especial, indíquelo:

ALERGIAS

TOMA

MEDICAMENTOS

OTRAS

(SI) O (NO)

Autorizo a mi hijo/a a abandonar la instalación una vez finalizada la actividad sin compañía de padres, tutor o responsable.

(SI) O (NO)

Accedo a que las imágenes recabadas (fotografía o filme), durante el campus, se puedan utilizar de forma atemporal en cualquier publicación o acción publicitaria, con el único fin de promoción, difusión de actividades y publicitarios institucionales.

Granada, a _____ de _____ de 20__

Fdo. Padre/ Madre / Tutor: _____