



FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018 Valencia Tfno. 616 023 929

www.ftacv.org ftacvalenciana@gmail.com



V CAMPUS DE TIRO CON ARCO

Colegio Imperial de Niños Huérfanos de San Vicente Ferrer.
Calle Vereda S/N. 46184 - San Antonio de Benagéber. Valencia. España
12 al 20 de agosto 2017

AUTORIZACIÓN PATERNA

Don, con DNI nº,
autorizo a mi hijo/a, a realizar el Curso
de Iniciación al Tiro con Arco que impartirá la Federación de Tiro con Arco de la Comunidad
Valenciana y al resto de actividades programadas en el V Campus de Tiro con Arco, del 12 al
20 de agosto de 2017, en San Antonio de Benageber.

____ de ____ de ____

Firmado

AUTORIZACIÓN MATERNA

Doña, con DNI nº,
autorizo a mi hijo/a, a realizar el Curso
de Iniciación al Tiro con Arco que impartirá la Federación de Tiro con Arco de la Comunidad
Valenciana y al resto de actividades programadas en el V Campus de Tiro con Arco, del 12 al
20 de agosto de 2017, en San Antonio de Benageber.

____ de ____ de ____

Firmado

NOTA: Esta autorización no tendrá validez sin las fotocopias de los DNI de los dos padres.



FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018 Valencia Tfno. 616 023 929

www.ftacv.org ftacvalenciana@gmail.com



V CAMPUS DE TIRO CON ARCO

Colegio Imperial de Niños Huérfanos de San Vicente Ferrer.
Calle Vereda S/N. 46184 - San Antonio de Benagéber. Valencia. España
12 al 20 de agosto 2017

FICHA DEL DEPORTISTA

¿Es la primera vez que realiza un Campus deportivo?

No Si

¿Asiste voluntariamente al campamento?

No Si

El participante ¿Sabe nadar sin problemas?

No Si, por favor detalle el nivel:
 Bien Regular Mal

DATOS MÉDICOS

Grupo Sanguíneo:

Medicación durante el campamento: No

Si,
(Le rogamos nos facilite el tratamiento médico).

Dieta:

Dieta normal

Tiene restricciones alimenticias.
Indicar cuales:

Alergias:

No

Si, es alérgico a:

Enfermedad actual:

No

¿Cuál?:

Si padece alguno de los siguientes problemas márquelo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Jaquecas/ Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Celiaco | <input type="checkbox"/> Intolerancias | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído |
| <input type="checkbox"/> Diabético | <input type="checkbox"/> Intolerancia urinaria | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales. |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Otras: |
- Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médica)



FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018 Valencia Tlf. 616 023 929

www.ftacv.org ftacvalenciana@gmail.com



¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?

¿Tiene alguna limitación funcional, sensorial o psíquica?

¿Tiene el niño/a alguna necesidad que debamos tener en cuenta?

Otras observaciones que desee reflejar:

Teléfonos de urgencia:

Telf. 1:

Persona de contacto:

Telf. 2:

Persona de contacto:

(*) 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.

Firma de Padre, Madre o Tutor/a Legal

Adjuntar fotocopia Cartilla de la Seguridad Social