



FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018 Valencia

Tlfo. 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 Benagéber.

_____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 Benagéber.

_____de _____de _____

Firmado

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



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 márkelo:

☐

Asma o problema respiratorio

☐

Problemas de corazón

☐

Jaquecas/ Migrañas

☐

Celiaco

☐

Intolerancias

☐

Infecciones de oído

☐

Diabético

☐

Intolerancia urinaria

☐

Hemorragias nasales.

☐

Sonambulismo

☐

Dermatitis

☐

Otras:

- Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médico)



FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018Valencia

Tlfo. 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