
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Viaje a BORDEAUX-POITIERS-FUTUROSCOPE (Francia)
FECHA: 18 al 22 de febrero de 2015
HORARIOS: Salida aproximada las 06:00 horas y llegada aproximada a las 23.00 horas

Don / Doña
con DNI y domicilio en
(indicar domicilio completo, calle, número, piso, código postal, ciudad, comunidad)
..... y teléfono
como padre madre tutor legal del alumno/a
..... matriculado en francés en

AUTORIZO al mismo a participar en la actividad arriba indicada **bajo las normas de estricto cumplimiento que se establecen para el buen desarrollo de la actividad.**

AUTORIZO **NO AUTORIZO** a que mi hijo reciba ibuprofeno paracetamol en caso de necesidad.

DECLARO conocer, aceptar y haber firmado las normas de comportamiento establecidas, de las que he sido informado y he informado a mi hijo/a responsabilizándome de los daños que pudiera ocasionar y de cualquier incidente en el que pudiera estar implicado. De producirse alguna falta grave de disciplina, estoy de acuerdo en ser avisado, y, en su caso, hacerme cargo de los gastos motivados por la vuelta anticipada de mi hijo/a. Asimismo, eximo de responsabilidad a los profesores acompañantes si mi hijo/a no cumple cualquiera de las normas de comportamiento establecidas.

Y para ello firmo el presente documento en a de de

Fdo. D/Dña

DNI:

FICHA DE DATOS PERSONALES – FUTUROSCOPE 2015

NOMBRE APELLIDOS:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

DNI: FECHA DE CADUCIDAD DEL DNI:

DIRECCIÓN (completa).....

CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN:

TELÉFONO FAMILIAR

E-MAIL PERSONAL DE LA FAMILIA.....

NOMBRE DEL PADRE..... TFNO:

NOMBRE DE LA MADRE TFNO:

Datos complementarios.

¿Necesitas alguna dieta especial?

¿Tienes alguna alergia? (alimentos, medicamentos...)

MEDICACIÓN AUTORIZADA A SUMINISTRAR: ibuprofeno paracetamol

¿Tomas algún tratamiento o medicamento crónico?

¿Padeces algún trastorno fisiológico (bajadas de tensión, problemas digestivos...) o psíquico (fobias, epilepsias, etc.)? ..

Observaciones (anota cualquier otra observación que creas que debemos saber)