

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL PARTICIPANTE

Apellidos		Nombre	NIE / NIF / Pasaporte	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento	Edad durante la realización de la actividad		Curso	

DOMICILIO

Calle o Plaza /Núm. /Esc. /Piso / Letra			C.P.	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono móvil		Correo electrónico

RESPONSABLES LEGALES

Apellidos y nombre del primer tutor legal		NIE / NIF / Pasaporte	Teléfono móvil
Teléfono fijo	Correo electrónico		
Apellidos y nombre del segundo tutor legal		NIE / NIF / Pasaporte	Teléfono móvil
En caso de separación o divorcio, ¿quién ostenta la custodia legal?			

INFORMACIÓN MÉDICA

Enfermedades padecidas	
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión? ¿De qué?	Grupo sanguíneo
¿Toma alguna medicación? Indique cuál y para qué	

REACCIONES ALÉRGICAS

En caso de alergia, marque con una cruz la casilla adecuada y concrete el alérgeno.

<input type="checkbox"/> Medicamentos: _____	<input type="checkbox"/> Alimentos: _____
<input type="checkbox"/> Picaduras: _____	<input type="checkbox"/> Polvo / ácaros: _____
<input type="checkbox"/> Plantas: _____	<input type="checkbox"/> Otros: _____

En La Felguera, a ____ de _____ de 2021.

Firma del primer tutor

Firma del alumno

Firma del segundo tutor (si aplica)