

## AUTORIZACIÓN IMPACTO 2018

D/Dña. \_\_\_\_\_

con DNI: \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ para que en los días **26 al 29 de Julio**participe en el Encuentro Impacto 2018 organizado por la **Comunidad****Católica Fe y Vida** en Cantabria, y así mismo autorizo su participación en las

diversas actividades organizadas como parte de dicho evento (excursiones,

desplazamientos en bus/coche, actividades deportivas...)

Doy también mi consentimiento a la utilización responsable por parte de la Comunidad Fe y Vida de las imágenes fotográficas en las que pudiera salir el menor, sabiendo que el único fin de las mismas será de Evangelización y promoción de dicho evento o similares.

AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS (en caso de necesidad o tratamiento):

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DE LOS PADRES:

FIRMA DE LOS PADRES O TUTORES:

## **FICHA MÉDICA**

### **Alergias o intolerancias a:**

- Plantas, animales o polvo \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Medicamentos \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Alimentos \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Picaduras de insectos \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### **Es propenso a (señalar lo que proceda)**

- Insomnio
- Dolores de cabeza
- Mareos
- Sonambulismo
- Otros ( Indicar qué):

**¿Se encuentra actualmente bajo medicación \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_**

**¿Tiene algún régimen especial de comidas? \_\_\_\_\_ ¿En qué consiste?**

**Observaciones** (anote todo aquella que estime sea de interés):