

## AUTORIZACIÓN IMPACTO 2019

D/Dña. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ para que en los días 25 al 28 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):