



## AUTORIZACIÓN DEL CAMPAMENTO

Yo,

Padre: \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

AUTORIZO A.....

CON DNI:..... a participar en el ENGLISH URBAN CAMP organizado por la empresa Fast English S.L. así como en todas las actividades del mismo.

Si el participante en alguno de los programas del ENGLISH URBAN CAMP se encontrara en situación de necesitar tratamiento médico, ser ingresado y/o intervenido quirúrgicamente sin que se haya podido localizar a sus padres o representantes legales, la empresa FAST ENGLISH S.L. queda autorizada para tomar las medidas que considere más oportunas para la salud del mismo, velando siempre por la integridad y la salud del alumno.

Así mismo, manifiesto que el participante no padece enfermedad física, psíquica o cualquier otra circunstancia que impida el normal desarrollo de las actividades o la convivencia con el resto de los participantes.

A su vez, autorizo a FAST ENGLISH S.L. con el fin de mantener informado a los padres y a que los alumnos tengan un recordatorio audiovisual, a tomar imágenes y videos durante el campamento respetando siempre los derechos al menor y de la integridad de los participantes, pudiendo ser usados en otros usos mediáticos de FAST ENGLISH S.L. así como publicaciones en la web etc... y guardados acorde a la LOPD junto con los datos de carácter personal que se ha facilitado en sus oficinas en la calle Malcampo, 11, 1 piso, 28002, Madrid, España y cuya información no se cederá a terceros sin su consentimiento expresa.

Por otra parte también me doy por enterado/a que el Coordinador/a del Campamento podrá tomar las decisiones organizativas y disciplinarias que considere oportunas para el buen funcionamiento del mismo. Cualquier medida disciplinaria de gravedad se comunicará a los padres. Si en algún momento se da una situación de comportamiento y actitud reiterada y de gravedad se procederá a la expulsión del alumno sin derecho a reembolso.

\_\_\_\_\_  
Firmo en conformidad



## CONTROL MÉDICO

Anote todo lo que considere que debemos saber para el mejor conocimiento del participante

Yo,

Padre: \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ con DNI/NIF \_\_\_\_\_

Afirmo que el alumno.....con DNI/NIF.....

**NO TIENE NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE DEBA COMUNICAR**

**TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA QUE ESPECIFICO A CONTINUACIÓN:**

### ALERGIAS CONOCIDAS SI PROCEDE

Especifica tipo y tratamiento. (alimentos, antibióticos, medicamentos etc...)

### VACUNA ANTITETANICA

Fecha exacta:

### ENFERMEDADES CRONICAS SI PROCEDE

(Asma, sonambulismo, incontinencia, jacquecas, dermatitis etc...)

Indique tratamiento a seguir y en caso necesario informe medico

### DATOS NUTRICIONALES EN CASO DE NO SEGUIR UNA DIETA NORMAL

(Celiaco/a, dieta, religión, etc...)

Especifica alimentos que no puede tomar y sus posibles alternativas:

\_\_\_\_\_  
Firmo dando fe de que los datos facilitados son verídicos