

FECHAS ESTANCIA	Nº
-----------------	----

DATOS PERSONALES			
APELLIDO 1		APELLIDO 2	
NOMBRE		FEC. NAC.	EDAD
DOMICILIO			
C.P.	POBLACIÓN	TEL.	
COLEGIO	POBLACIÓN	CURSO ESCOLAR	

FOTO

SECTOR

EQUIPO

HABIT.

ONOM.

DATOS DE INTERÉS		
DIRECCIÓN FAMILIAR DURANTE LA ESTANCIA		
C.P.	POBLACIÓN	TEL.

OTROS TELÉFONOS	
.....	preguntar por
.....	preguntar por
.....	preguntar por
.....	preguntar por

FORMA DE PAGO
Eftvo.
Transf.
Talón nº
Entidad
Obs.
FRA
Fra

<p>FOTOCOPIA DEL N.I.F. PADRE, MADRE O TUTOR/A</p>	

D./Dña. _____

con N.I.F. nº _____ como _____, autorizo

a _____ para que asista a

la GRANJA ESCUELA MAS DEL CAPELLÀ y realice las actividades propias de la instalación.

Igualmente autorizo a la Dirección, en caso de máxima urgencia, tomar las decisiones médicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

Día _____ de _____ de 200__

Firma

granja
escuela **MAS DEL CAPELLÀ**
OLOCAU COOP. V.

OFICINAS EN:
Llanera de Ranes, 30 bajo
46017 VALENCIA
Tel. 963 57 08 58
Tel-Fax 963 57 08 59
www.masdelcapella.com
E-mail: granjaescuela@masdelcapella.com

INDICAR CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA</div>		
OTROS SEGUROS	COMPAÑÍA Y Nº DE PÓLIZA	TITULAR

<i>¿Está bajo tratamiento médico?</i>	<i>¿Lleva medicación?</i>
<i>Indique medicación, frecuencia y dosis.</i> <hr/>	
<i>¿Es alérgico?, ¿A qué?</i>	
<i>¿Padece intolerancia con algún alimento? ¿A cuál?</i>	
<i>¿Enuresis nocturna?</i>	
<i>Fecha Tétanos (si ha sido vacunado/a recientemente)</i>	