



## FICHA DE ACAMPANTE

### Datos personales

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad/paraje/: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular de un adulto responsable: \_\_\_\_\_

Mutualista: \_\_\_\_\_ Emergencia Móvil: \_\_\_\_\_

Certificado de Vacunación vigente hasta: \_\_\_\_\_

### Salud

¿Autoriza a su hijo/a a ser asistido por un médico?: Si  No

De lo contrario: \_\_\_\_\_

Indique operaciones sufridas: \_\_\_\_\_

¿Es asmático?: \_\_\_\_\_ ¿Presenta alergias?: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se presenta?: \_\_\_\_\_

¿Qué se la produce? \_\_\_\_\_

¿Está bajo tratamiento médico?: \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo medicamentos?: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Especifique dosis y horario: \_\_\_\_\_

### Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autorizo a mi hijo/a a concurrir al Campamento \_\_\_\_\_ los días**  
**\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_,**  
**con docentes del centro educativo: \_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_ autorizo a que las imágenes  
fotográficas y videos tomados en los  
campamentos se puedan utilizar con  
fines de difusión del Proyecto con la  
autorización de A.N.E.P.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_