

# CAMPAMENTO DE VERANO AVENTURASMIL 2017

**PRECIO 360€.**

**Ubicación:** Albergue El Oasis, SIGÜENZA, Sierra Norte Guadalajara.

**Fechas:** del 11 al 21 Julio

Telf. 665010622(Elena) 665174782(Luis)

Edades: de 7 a 17 años.

**Actividades: programa según edades.**

\***Actividades multiaventura:** (canoas, tiro con arco, escalada, senderismo, etc.)

\***Técnicas de acampada:** (orientación, vivaque, etc.)

\***Talleres Artesanales:** (mandalas, queso, pastelería, tapices, etc.)

\***Excursiones:** (medioambiente, rutas Parque Natural Rio Dulce, Sigüenza...)

**Incluye: Dirección técnica, monitores especializados, alojamiento, instalaciones deportivas y piscina propia y manutención, actividades, material y seguros de RC y accidentes.**

**PARTICIPANTES EN CAMPAMENTOS ANTERIORES, HERMANOS Y GRUPOS DE MAS DE 5**

**PARTICIPANTES 10% DESCUENTO**

(Descuentos no acumulables)

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Centro de estudios: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

DATOS FAMILIARES

Nombre del Padre y/o Madre y/o Tutor : \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Teléfono Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Cómo nos has conocido? \_\_\_\_\_

AUTORIZACION

Autorizo a mi hijo/a a participar en el campamento de verano organizado por la empresa Teillet C.B. Tengo total conocimiento de los juegos, actividades e instrucciones de todo tipo que se van a realizar.

Así mismo he facilitado todos los datos médicos necesarios requeridos sobre mi hijo y autorizo al personal responsable de Teillet para que en caso de accidente o enfermedad actúen como mejor consideren.

Firma del padre y/o madre y/o tutor

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Los datos de carácter personal facilitados serán incluidos en un fichero automatizado y confidencial de Teillet C.B. con la finalidad de informar de las distintas actividades que desarrolla la entidad. De acuerdo con la legislación en protección de datos, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, remitiendo su solicitud al Departamento de Calidad de Teillet C.B., en la dirección de correo electrónico [info@aventurasmil.com](mailto:info@aventurasmil.com) o por correo postal a la dirección: C/ Tinte Alto, 15 A, 19250, Guadalajara.

COPYRIGHT TEILLET: Teillet cuenta con el copyright de todas las imágenes que aparecen en nuestro espacio web y de las fotos realizadas en las actividades. Su reproducción queda completamente prohibida parcial y totalmente.

**AUTORIZACIÓN IMÁGENES:** Teillet se ha propuesto la captación de la imagen del menor para su difusión en la página web, blog, revistas, publicidad corporativa, videos, fotoclips y otros medios de comunicación. Dado el carácter divulgativo y el interés cultural de los citados medios de comunicación, el uso de las imágenes será sin menoscabo en la honra o reputación del menor por la citada actividad; que la misma no es contraria a los intereses de mi hijo/a de conformidad con lo establecido en el artículo 3.1 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, y 162.1º del Código civil, OTORGO EXPRESAMENTE el consentimiento para la obtención y difusión de la imagen de mi hijo/a y conozco la obligación de poner en conocimiento de los Órganos Públicos competentes en esta materia el consentimiento proyectado.

# CAMPAMENTO DE VERANO AVENTURASMIL 2017

Nombre y apellidos del participante: \_\_\_\_\_

## DATOS MEDICOS

¿Presenta alergia y/o intolerancia a algún medicamento? En caso afirmativo, ¿de cuál se trata?

\_\_\_\_\_

¿Tiene alergia y/o intolerancia a algún alimento? En caso afirmativo, ¿de cuál se trata?

\_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna lesión recientemente? En caso afirmativo, señalar la fecha de producción y la zona afectada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se le está suministrando alguna medicación actualmente? En caso afirmativo, ¿de qué medicamento se trata?, ¿por qué se le administra y con qué frecuencia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna minusvalía? En caso afirmativo, ¿de qué se trata?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha padecido alguna reacción alérgica? (Marcar con X)

Polen, flores y plantas

Picaduras de insectos

Pelos animales

Otras: \_\_\_\_\_

¿Tiene todas las vacunas correspondientes a su edad? \_\_\_\_\_

¿Ha sido tratado con la antitetánica? \_\_\_\_\_ Indique la fecha exacta: \_\_\_\_\_

## OTRAS CUESTIONES

¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_ ¿Sabe montar en bicicleta? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus aficiones favoritas? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_