

# ACTIVIDADES JUVENILES Y DEPORTIVAS

**SOLICITUD (Rellenar en mayúsculas)**

Fotografía  
del  
solicitante

Actividad solicitada \_\_\_\_\_

## DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio de localización de la familia durante la actividad \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Club al que pertenece \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

## AUTORIZACIÓN

*(imprescindible para todos los solicitantes menores de edad)*

D/Dña. \_\_\_\_\_

padre/madre/tutor/a de \_\_\_\_\_

con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, otorga su autorización para que participe en la Actividad Juvenil o Deportiva que organiza la Diputación de Albacete y manifiesta su conocimiento de que, en el caso de que se produjera algún incidente de relevancia que aconsejase su regreso pueda volver a su domicilio antes de la fecha prevista.

Firma: Fdo. (Nombre y apellidos) : \_\_\_\_\_

## VALIDACIÓN / SELLO DE ENTRADA

ILMO SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN DE ALBACETE

## **DATOS SANITARIOS**

*(Obligatorio, a rellenar por los padres o tutor)*

¿Es alérgico a los antibióticos? \_\_\_\_\_ ¿Tiene algún tipo de alergia? \_\_\_\_\_

¿Se le ha vacunado con antitetánica alguna vez? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de vacuna? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_ ¿Tiene algún tratamiento médico?  Sí  No. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Observaciones: (Cualquier otra cuestión que considere de interés para los monitores) \_\_\_\_\_

---

---