



Antigua, Real, Ilustre y Fervorosa Hermandad y Cofradía de Nazarenos del Santísimo Cristo de la Vera-Cruz y María Santísima de las Angustias Coronada

## INFORMACIÓN PERSONAL

### Primer Turno del Campamento Vera-Cruz

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

TELÉFONO/S PARA GRUPO DE WHATSAPP \_\_\_\_\_

Marque con una cruz (X) si la respuesta es "Sí":

ES LA PRIMERA VEZ QUE ASISTE AL CAMPAMENTO VERA-CRUZ

SABE NADAR

ES AUTÓNOMO/A A LA HORA DE COMER

ES AUTÓNOMO/A A LA HORA DE DUCHARSE

ES LA PRIMERA VEZ QUE VIAJA SOLO/A FUERA DE CASA

Indique cualquier otro dato personal a tener en cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Yo, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ padre, madre o tutor de \_\_\_\_\_ le autorizo a participar en el Primer Turno del Campamento Vera-Cruz organizado por la Hermandad de la Vera-Cruz de Alcalá del Río, que tendrá lugar en las instalaciones Sentir Nature-Aznalcóllar (Sevilla), desde el 8 al 10 de agosto de 2023.

Fdo:

Alcalá del Río, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a o persona tutorizada aparezca en las fotografías y/o vídeos que se publiquen en cualquiera de los medios de difusión oficiales de la Hermandad de la Vera-Cruz.

## FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

Nº TARJETA SANITARIA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA ENFERMEDAD/DOLENCIA. Especifique cuál: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA ALERGIA. Especifique cuál: \_\_\_\_\_

TOMA ALGUNA MEDICACIÓN. Especifique cuál: \_\_\_\_\_

NECESITA ALGUNA DIETA ESPECIAL. Especifique cuál: \_\_\_\_\_

Indique cualquier otro dato personal a tener en cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizo a la médico a administrar la medicación habitual según las indicaciones detalladas. Asimismo, autorizo en caso de urgencia médica la actuación y administración de medicación necesaria.

**ADJUNTE JUNTO A ESTE DOCUMENTO DNI O DOCUMENTO IDENTIFICATIVO + TARJETA SANITARIA**