

**HOJA DE INSCRIPCIÓN - ASTÚN 2019**

Fechas:

Desde: 27/01/2019 Hasta: 31/01/2019

Datos Personales	Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	
	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento: / /	Fecha de Inscripción: / /	
	Curso:			
	Dirección:			
	Código Postal:	Localidad:	Provincia:	País:
	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	E-mail:	

Datos Técnicos	Alquiler de Material:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	, por favor indíquenos a continuación: Nº de Pie:	
	Clases: Esquí <input type="checkbox"/> Snowboard <input type="checkbox"/>	Por favor indique su nivel basándose en la siguiente lista.		
	A	Debutante: Persona que nunca se ha puesto unos esquís.		
	B	Iniciación: Giros básicos y fundamentales. Soltura en pistas verdes.		
	C	Medio: Iniciación al viraje conducido. Soltura en pistas azules.		
	D	Alto: Perfeccionamiento del viraje conducido. Soltura en pistas rojas.		
	E	Avanzado: Soltura en todo tipo de virajes. Control en pistas negras y diferentes nieves.		
	Habitación: Escriba nombre y apellidos de la personas con las que desea compartir habitación			
1	Nombre:	Apellidos:		
2	Nombre:	Apellidos:		
3	Nombre:	Apellidos:		
4	Nombre:	Apellidos:		

Datos Médicos	Teléfonos de Contacto y Urgencia:	Tlf 1:	Tlf 2:
	Alergias:	No tiene alergia conocida.	Es alérgico a:
	Enfermedades:	No padece enfermedades.	Si padece algún problema de los siguientes, márkelo:
	Asma o Problema Respiratorio	Problemas de Corazón	Jaquecas/ Migrañas
	Celiaco o Diabético	Intolerancias	Otras:
	Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médico)		
Indíquenos en la cara posterior todo lo que considere que debemos saber.			

Autorización de Menores	<p>Autorizo a mi hijo/a, cuyos datos figuran anteriormente, para que participe en la actividad señalada y acepto las condiciones generales. Si el participante se encuentra en situación de necesitar tratamiento médico, ser internado, trasladado o intervenido quirúrgicamente sin que se haya podido localizar a sus padres o representantes legales, el Liceo Sorolla queda autorizado para tomar las medidas que considere más oportunas para la salud del mismo. Así mismo, manifiesto que el participante no padece enfermedad física, psíquica o cualquier otra circunstancia que impida el normal desarrollo de las actividades o la convivencia con el resto de los participantes.</p> <p>Autorizo al Liceo Sorolla a realizar fotografías y videos del participante para más tarde poder realizar un video-reportaje de la actividad y un seguimiento diario vía web.</p> <p>Manifiesto haber dado a conocer al participante el significado de la responsabilidad personal que implica directa e indirectamente su comportamiento y acciones, así como en función de su edad, la confianza y respeto que debe tener hacia compañeros y monitores, quienes les atenderán en todo lo que puedan necesitar y con el mayor interés y dedicación, y que deberá asumir las normas del grupo indicadas por los monitores y aquellas lógicas de convivencia.</p>
	Firma del padre, madre o tutor/a. Conforme: <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> Fecha: - - </div>