



**FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018Valencia Tlfo. 616 023 929

[www.ftacv.org](http://www.ftacv.org) [ftacvalenciana@gmail.com](mailto:ftacvalenciana@gmail.com)



**III CAMPUS DE TIRO CON ARCO**  
Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía  
16 al 23 de agosto 2015

## **ESCUELA DE VERANO (Iniciación)**

### **AUTORIZACIÓN PATERNA**

Don ....., con DNI nº .....,  
autorizo a mi hijo/a ....., a realizar el Curso  
de Iniciación al Tiro con Arco que impartirá la Federación de Tiro con Arco de la Comunidad  
Valenciana y al resto de actividades programadas en el I Campus de Tiro con Arco, del 16 al 23  
de agosto de 2015, en La Nucía.

\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_

Firmado

### **AUTORIZACIÓN MATERNA**

Doña ....., con DNI nº .....,  
autorizo a mi hijo/a ....., a realizar el Curso  
de Iniciación al Tiro con Arco que impartirá la Federación de Tiro con Arco de la Comunidad  
Valenciana y al resto de actividades programadas en el I Campus de Tiro con Arco, del 16 al 23  
de agosto de 2015, en La Nucía.

\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_

Firmado

**NOTA: Esta autorización no tendrá validez sin las fotocopias de los DNI de los dos padres.**

**III CAMPUS DE TIRO CON ARCO**  
Ciutat Esportiva Camilo Cano, La Nucía  
16 al 23 de agosto 2015

**FICHA DEL DEPORTISTA**

¿Es la primera vez que realiza un Campus deportivo?  No  Si

¿Asiste voluntariamente al campamento?  No  Si

El participante ¿Sabe nadar sin problemas?  No Si, por favor detalle el nivel:  
 Bien  Regular  Mal

**DATOS MÉDICOS**

Grupo Sanguíneo:

Medicación durante el campamento:  No  Si,  
(Le rogamos nos facilite el tratamiento médico).

Dieta:  Dieta normal  Tiene restricciones alimenticias.  
Indicar cuales:

Alergias:  No  Si, es alérgico a:

Enfermedad actual:  No ¿Cuál?:

Si padece alguno de los siguientes problemas márkuelo:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón  | <input type="checkbox"/> Jaquecas/ Migrañas   |
| <input type="checkbox"/> Celiaco                      | <input type="checkbox"/> Intolerancias         | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído  |
| <input type="checkbox"/> Diabético                    | <input type="checkbox"/> Intolerancia urinaria | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales. |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo                 | <input type="checkbox"/> Dermatitis            | <input type="checkbox"/> Otras:               |

- Indique el tratamiento en caso de crisis de alguna de estas enfermedades (adjunte parte médico)



## FEDERACIÓN DE TIRO CON ARCO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Casilda Castellvi 14, Bajo - trasera. 46018Valencia Tlfo. 616 023 929

[www.ftacv.org](http://www.ftacv.org) [ftacvalenciana@gmail.com](mailto:ftacvalenciana@gmail.com)



LA NUCÍA  
VILLA EUROPEA DEL DEPORTE

¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?

¿Tiene alguna limitación funcional, sensorial o psíquica?

¿Tiene el niño/a alguna necesidad que debamos tener en cuenta?

Otras observaciones que desee reflejar:

Teléfonos de urgencia:

Telf. 1:

Telf. 2:

Persona de contacto:

Persona de contacto:

(\*) En caso de que sea imposible mi localización, AUTORIZO a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas que estimen oportunas en beneficio del menor.

Firma de Padre, Madre o Tutor/a Legal

**Adjuntar fotocopia Cartilla de la Seguridad Social**