



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

Real Ermita del Sr. San Gregorio de Osset Alcalá del Río (Sevilla)

INFORMACIÓN PERSONAL - TERCER TURNO

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DNI: _____ TFNO.: _____

OTROS TFNOS. DE CONTACTO: _____

ES LA PRIMERA VEZ QUE ASISTE AL CAMPAMENTO VERA-CRUZ*.

ES LA PRIMERA VEZ QUE ASISTE A ESTE TURNO*.

*Marcar con una X.

Doy mi consentimiento para aparecer en las fotografías y/o vídeos (individuales y/o de grupo) que se publiquen en cualquiera de los medios de difusión oficiales de la Hermandad.

SÍ

NO

Nombra 3 o 4 características que te definan:

¿Qué esperas de este III Turno del Campamento Vera-Cruz?

Completa la frase: "En octubre de 2021..."

¿Hay algo que creas que tus monitores deban saber sobre ti?



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

Real Ermita del Sr. San Gregorio de Osset Alcalá del Río (Sevilla)

FICHA MÉDICA

La información contenida en este documento será confidencial, únicamente destinada a la/s persona/s encargadas del botiquín o al personal sanitario que hubiera de atender al campista en caso necesario.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº TARJETA SANITARIA: _____

EDAD: _____ ALTURA: _____ PESO: _____

¿Padece alguna ENFERMEDAD? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar cuál.

¿Padece alguna ALERGIA? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar cuál o cuáles.

¿Toma alguna medicación habitualmente? SÍ NO

En caso afirmativo, detallar tratamiento.

¿Necesita alguna dieta especial? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar cuál.

Indica algún otro dato que debamos tener en cuenta en relación a su salud física y mental.

AUTORIZO a la persona encargada del botiquín a administrar la medicación habitual al campista, según las indicaciones aquí detalladas. Asimismo, autorizo en caso de urgencia o emergencia médica a la actuación y administración de la medicación necesaria, indicada por el personal facultativo que le atienda. SÍ NO

Fdo.: _____ DNI: _____