



HOJA DE INSCRIPCIÓN #Navidadacaballo 2011

NOMBRE Y APELLIDOS _____

D.N.I.: _____ N° LICENCIA FEDERATIVA: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____

C.P.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

N° CARTILLA SEGURIDAD SOCIAL: _____

OTROS SEGUROS: _____

NOMBRE DEL TUTOR/A: _____

D.N.I.: _____ TEL.: _____

MÓVIL: _____ E-MAIL: _____

OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO: _____

¿Cuánto tiempo llevas montando?

¿Cuántas horas a la semana?

¿En qué Club o Escuela?

¿Qué título de Galope tienes?

Última fecha en que te examinaste:

¿Tienes intención de obtener algún Galope en las Colonias?

¿Tienes caballo o poni propio?

¿Cómo has conocido la existencia de #navidadacaballo?

ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS U OTRAS OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA:

(Esta información es absolutamente confidencial.. Por favor, traed por escrito instrucciones y dosificación de los tratamientos)

DIABÉTICO: el alumno debe estar familiarizado con las cantidades y alimentos que puede comer, y traerá su kit de insulina. El Centro tendrá a su disposición una nevera y alimentos suplementarios para evitar bajadas de insulina. Debe informar a los profesores cualquier malestar.

CELÍACO: como medida preventiva, el alumno debe de traer PAN para el primer día, así como galletas (o lo que acostumbre) para el primer desayuno. Es imprescindible CERTIFICADO MÉDICO especificando que, efectivamente, el alumno es celíaco.

INTOLERANTE A ALGÚN ALIMENTO: Indicar cuál: _____ . Como medida preventiva, los intolerantes a la lactosa deben traer leche para su primer desayuno. Es imprescindible CERTIFICADO MÉDICO que lo especifique.

ASMA Y ALERGIAS: Es imprescindible CERTIFICADO MÉDICO que lo especifique. Deben traer sus medicamentos con su nombre escrito.

Conozco y acepto las Condiciones Generales.

D/Dña.:

Fecha y firma:

IMPRESINDIBLE ENTREGAR A SU LLEGADA ELL DOCUMENTO ADJUNTO EN PÁG. SIGUIENTE

D./Dña.

Con D.N.I.

Padre/madre del alumno:

Mediante la firma del presente documento autorizo al Club Deportivo de Hipica Equinesport para que en caso de accidente o enfermedad de mi hijo/hija durante su estancia en las colonias ecuestres, acudir con él /ella al centro de salud o, si fuera necesario, al hospital, y seguir las indicaciones médicas oportunas. En caso de extrema urgencia, y si resultara imposible contactar conmigo, acepto las decisiones del médico especialista que le atienda.

Autorizo a mi hijo/a a que participe en las excursiones concertadas, visitas culturales y actividades de tiempo libre que pudieran organizarse durante su estancia, y el Club Deportivo de Hipica Equinesport como organizador para que tome las decisiones pertinentes respecto de mi hijo/a durante estas actividades.

Manifiesto de una forma expresa que al tomar la decisión de que mi hijo/a participe en estas colonias ecuestre eximo de cualquier responsabilidad al Club Deportivo de Hipica Equinesport y a sus responsables y empleados por cualquier daño, pérdida, accidente, lesión, etc. pudiera sufrir mi hijo/a durante su permanencia en ellas y en los traslados de recogida y retorno.

El abajo firmante asume todos los riesgos que conlleva para su hijo/a la práctica deportiva, y afirma conocer clara y expresivamente que, puesto que el deporte hípico se practica con animales, es consciente y se hace responsable de todo lo que puede implicar de imprevisión y riesgo.

Nombre, Firma, Fecha y D.N.I.
