

## Cuestionario Médico

Nombre del inscrito: \_\_\_\_\_  
Vacunas administradas: \_\_\_\_\_  
Sufre algún proceso alérgico o sensibilidad a medicamentos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Enfermedades o lesiones anteriores \_\_\_\_\_  
Fecha última vacuna \_\_\_\_\_  
Otras observaciones que considere conveniente advertir \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Datos familiares de localización en caso de accidente o lesión durante el campus**

Nombre \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

Todos los campistas deben facilitar fotocopia de la cartilla de la seguridad social o seguro equivalente.

Como padre del campista, declaro que mi hijo/a puede realizar las actividades deportivas y recreativas que se proponen en el campus. Renuncio expresamente a exigir responsabilidad alguna por las lesiones que pudieran originarse o sus consecuencias de las actividades del campus, que asumo en su totalidad.

Concedo, igualmente, permiso para que mi hijo/a reciba asistencia sanitaria en caso de accidente o traslado a un centro sanitario.

Firma del padre, madre o tutor



Fecha \_\_\_\_\_

Foto Jugador



Las Anforas SPA



Avenida de Anauca, s/n, 268  
Teléfono: 953 001 362  
23800 LA CAROLINA (Jaén)



## Inscripción Campus Tecnificación

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ F. Nacimiento \_\_\_\_\_  
Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
Deporte que practica \_\_\_\_\_  
Talla Camiseta (S- M - L- XL- XXL) \_\_\_\_\_  
Régimen inscripción: \_\_\_\_\_  
Externo con almuerzo  Interno   
¿Ha jugado al baloncesto? \_\_\_\_\_  
¿Dónde? \_\_\_\_\_

**Nombre de tu colegio** \_\_\_\_\_

Enviar la copia del ingreso bancario junto a este boletín a:  
Club Baloncesto Linares, - Apto Correos 289, 23700 Linares, y también a través del Fax: 953 694 820.

El pago deberá efectuarse mediante ingreso en la cuenta nº 2038-9827-95-3000702884 de Caja Madrid, oficina Corredora San Marcos, 23 o en la cuenta nº 2103-0343-21-0010040178 de Unicaja, oficina de Julio Burell, 25.

Autorizo a mi hijo/a a participar en el Campus de Tecnificación del 18 al 24 de Julio.

Sr. D. \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

