

# INSCRIPCIÓN CAMPAMENTOS DE VERANO 2001

## CAMPAMENTOS NAUTICOS

- 1) EN MURCIA
- 2) EN ALMERÍA

## CAMPAMENTOS DE AVENTURA

- 1) EN CÁCERES
- 2) EN CUENCA
- 3) EN VALENCIA

### **TODOS LOS CAMPAMENTOS INCLUYEN:**

- \* Alojamiento en la modalidad correspondiente a la instalación (tienda de campaña, cabañas de madera 8 plazas o habitaciones 6-8-12 plazas en albergue)
- \* Pensión completa: desayuno, comida, merienda y cena
- \* Coordinador titulado y monitores para realizar las actividades
- \* Materiales deportivos y didácticos necesarios para las prácticas
- \* Servicio médico permanente en la instalación
- \* Seguro de accidentes y Responsabilidad Civil.
- \* IVA y otros impuestos legales

En caso de que cualquiera de estas propuestas fuesen de su interés, quedamos a su disposición para aclarar cualquier duda o efectuar las visitas de inspección a las instalaciones que estimasen oportunas.

### **FORMALIZACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN:**

- 1) Rellenar la solicitud de inscripción.
- 2) Abonar el importe de la Matrícula y, en su caso, el transporte en autobús, INDICANDO EL NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE, en la cuenta a nombre de  
Fundación Explora  
Caja Madrid, c/ Avda Barranquilla nº 5  
Nº C/C: 2038 1054 30 6000291681
- 3) Enviar por correo o entregar en las oficinas de la Fundación la solicitud de inscripción y una copia del resguardo de la Transferencia Bancaria.  
Dirección de la Fundación: Fundación Explora  
C/ Yarumal nº 4  
28033 MADRID  
Posibilidad de enviarlo por Fax: 91- 382 0213
- 4) Plazas limitadas. La admisión de los participantes se hará por riguroso orden de recepción de las solicitudes.

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

D..... con DNI nº.....  
y domicilio en c/.....  
Población..... CP.....  
Tfno:.....

AUTORIZO a mi hijo/a:.....  
para que asista al Campamento, certificando que no padece minusvalías o enfermedades que le impidan realizar actividades físicas o deportivas.

¿Utilizará el autobús del campamento? :

En ....., a .... de ..... de 2001

Fdo:

---

### DATOS DEL PARTICIPANTE:

Nombre y apellidos:	Edad:
Domicilio:	
Población	C.P.
Telefono/s de contacto: a cualquier hora:	
por las mañanas:	Por las tardes:

### SALUD:

¿Ha tenido alguna enfermedad crónica? (Alergia, asma, epilepsia, otras...?)

¿Está tomando algún medicamento actualmente? (Dosis y administración)

¿Padece algún tipo de alergia? (Especifique)

¿Se ha vacunado de la antitetánica alguna vez? (Indicar fecha/s)

¿Tiene algún problema con las comidas?

¿Duerme bien?

¿Sabe nadar? nivel:

Indique otros datos que considere de interés: