

Apellidos/family name: _____ Nombre/Given name: _____

¿Sufre de algún tipo de alergia?	1	2	3
En caso afirmativo, ¿sigue algún tratamiento? Indica cual, y si es autónomo.			
¿Padece algún tipo de intolerancia ? ¿Sigue alguna dieta?	1	2	3
Indica cualquier medicación que NO pueda tomar			
Indica si hay alguna actividad física que NO pueda realizar			

Cómo definirías a tu hij@:

PERSONALIDAD	reservado	normal	Abierto, sociable
MADUREZ	inmaduro	maduro	Muy resolutivo
APETITO	Poco comedor	normal	Buen comedor
	Le encanta:	No comería:	

AUTORIZACIÓN MÉDICA: Los abajo firmantes, autorizamos a Nuria Ojembarrena y a Bridget Wash a tomar decisiones de asistencia médica con carácter de urgencia y nuestro consentimiento a atención hospitalaria si es requerida por parte del mejor dictamen a juicio de médicos en beneficio de nuestro hij@ durante el programa .

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha