



Ayuntamiento de
Degaña
PRINCIPADO DE ASTURIAS

DATOS DEL NIÑO/A PARTICIPANTE

- Nombre y apellidos: _____
 - Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
 - Edad: _____ años
 - DNI (si procede): _____
 - Dirección: _____
 - Localidad: _____
 - Código postal: _____
 - Centro escolar: _____
 - Curso escolar 2024-2025: _____
-

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

- Nombre y apellidos: _____
 - DNI: _____
 - Teléfono de contacto: _____
 - Correo electrónico: _____
-

INFORMACIÓN MÉDICA

- ¿Padece alguna enfermedad crónica?
 No Sí, ¿cuál? _____
- ¿Alergias (medicamentos, alimentos, picaduras...)?
 No Sí, ¿cuáles? _____

- ¿Toma alguna medicación habitual?

No Sí, ¿cuál? _____