

## Datos personales

Nombre y apellidos ..... D.N.I.....  
Curso .....Colegio.....Edad.....Fecha de Nacimiento...../...../.....  
Provincia Nac. .... País Nac..... Nacionalidad.....  
Domicilio .....C.P.....  
Localidad .....Provincia.....  
Teléfonos de contacto .....  
Nombre y apellidos madre/tutora ..... D.N.I.....  
Nombre y apellidos padre/tutor..... D.N.I.....  
Otro contacto ..... Teléfono.....  
E-mail.....

## Datos Médicos

¿Tiene algún problema físico? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a alimentos? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia a medicamentos? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro tipo de alergia? Sí No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene asma? Sí No

¿Sabe nadar? Sí No

¿Está en tratamiento médico? Si No

Razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

## Asistencia

HORA APROX. DE LLEGADA

HORA APROX. DE RECOGIDA

HORAS	M26	X27	J28	V29	M2	X3	J4	V5
7.45h. - 9h.								
9h. - 14h.								
14h. - 15.45h.								

IMPORTE TOTAL

*No deje ningún hueco sin cubrir. Recuerde que los datos contenidos en esta ficha deben ser verdaderos y precisos. Puede aportar cualquier documento a la ficha que considere oportuno y que sirva para una mejor comprensión de la misma. La persona que cubre la ficha tiene que firmarla obligatoriamente.*

Firma padre/madre/tutor/tutora:

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

---

El firmante de la ficha acepta la inclusión y la cesión de los datos contenidos en esta ficha médica, que serán de uso exclusivo de los responsables del chico o chica durante los días en los que este/esta permanezca a su cargo, para poder tratarlo mejor y ajustarse a cualquier situación. En caso de negarse, dejando en blanco la ficha médica y asumiendo por tanto cualquier tipo de responsabilidad derivada de esta acción, marque la siguiente casilla: