

Datos personales

Nombre y apellidos D.N. I.....
Curso Colegio Edad Fecha de Nacimiento / /
Provincia Nac. País Nac Nacionalidad
Domicilio C.P
Localidad Provincia
Madre/tutora Teléfono/s
Padre/tutora Teléfono/s
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	L24	M25	X26	J27	V28	L31	M1	X2	J3	V4
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: