

FICHA MÉDICA

TIENE APLICADAS TODAS LAS VACUNAS ADECUADAS A LA EDAD

SI NO

¿PADECE ASMA? SI NO
¿ESTÁ MEDICADO? SI NO

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO
¿CUÁL?

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN ALIMENTO? SI NO
¿CUÁL?

¿ACTUALMENTE ESTÁ INGIRIENDO ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO
¿CUÁL?

ES ALÉRGICO A.....

OPERACIONES/TRAUMATISMOS QUE LE IMPIDAN REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA
.....

OBSERVACIONES /OTROS.....
.....
.....

PERSONAS AUTORIZADAS POR EL FIRMANTE A RETIRAR AL NIÑO

APELLIDO NOMBRE..... D.N.I.....
(.....)

APELLIDO NOMBRE..... D.N.I.....
(.....)

APELLIDO NOMBRE..... D.N.I.....
(.....)

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE.....

D.N.I.

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE

D.N.I.

DECLARO QUE LOS DATOS ARRIBA MENCIONADOS SON EXACTOS, HACIENDOME RESPONSABLE POR LA VERACIDAD DE LOS MISMOS.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR.....

ACLARACIÓN DE FIRMA.....

D.N.I.....

LUGAR.....

FECHA.....