



Datos Registro.

EXPTE.:

CONCEJALÍA DE JUVENTUD FICHA MÉDICA

Ficha médica

Apellidos y Nombre:

D.N.I./N.I.F.:

Fecha de Nacimiento:

Nº de la Seguridad Social:

Seguro médico privado

Empresa y Nº de afiliación:

Grupo Sanguíneo:

Responda a las siguientes preguntas

¿Has tenido alguna enfermedad importante o te han operado de algo ? (Especificar)

¿Estás tomando alguna medicación o tienes que tomarla durante la actividad en la que participas? (Especificar)

¿Necesitas seguir algún régimen especial durante la actividad que participas?

¿Tienes alguna alergia (penicilina, polen, animales,...) ? (Especificar cuáles y su intensidad)

Otras observaciones (¿Tienes alguna lesión importante?, ¿Sabes nadar?, otros,...)

EL EQUIPO MÉDICO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS CONSECUENCIAS DE CUALQUIER PATOLOGÍA NO COMUNICADA.

Lugar y Fecha

/

/201

Firma del padre, madre o tutor representante