



FICHA MÉDICA

SECCIÓN: _____ N° SIP: _____

Apellidos y nombre: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Teléfono 3: _____
(Rellenar por orden de prioridad)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Alergia a medicamentos, alimentos, picaduras, etc _____

Antecedentes personales: (enfermedades anteriores, asma, dolor de cabeza, anemias, epilepsia, incontinencia, otitis, etc)

Tratamiento crónico:

Fármaco	Dosis	Horario

¿Su hijo (a) padece algún impedimento físico que le impida participar en alguna actividad de campamento? SI • NO •

Explique en caso de ser afirmativo:

¿Puede su hijo/a participar en todos nuestros deportes y actividades? SI • NO •

Explique en caso de ser negativo:

Esta ficha fue rellenada por: _____

Firma: _____

LA FICHA QUEDARÁ DEBIDAMENTE REGLAMENTADA AL PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN

Documentación: (1)Fotocopia del SIP o seguro al que pertenezca, (2)Calendario de vacunas