

FICHA MÉDICA

DATOS DO/A PARTICIPANTE

Nome _____ Apellidos _____

DATOS MÉDICOS (marque cun onde proceda)

¿Ten todas as vacinas (incluída a do tétanos)? SI NON _____

¿Ten alerxia a algún medicamento? SI NON _____

¿Ten alerxia a algún alimento? SI NON _____

¿Ten alerxia aos insectos? SI NON _____

¿Ten algún outro tipo de alerxia? SI NON _____

¿Está a tratamento médico? SI NON

¿por qué? _____

¿toma medicación? SI NON

Posoloxía _____

Observacións _____

¿Ten alguna enfermidade infecto-contaxiosa? SI NON

Indicacións _____

¿Ten algún tipo de réxime? SI NON

¿por qué? _____

Observacións _____

¡IMPORTANTE! Tanto as alerxias alimentarias como os réximes alimentarios ou referidos a actividades físicas deberán estar debidamente xustificadas por un CERTIFICADO MÉDICO que acompañe a esta ficha. Por favor, non deixe ningún oco sen cubrir. En caso de dúbida consulte ao seu médico/a.

¿Sabe nadar?

SI

NON

D/Dna. _____, con NIF _____, afirma que os datos contidos nesta ficha relativos ao/á autorizado/a son certos.

Lugar e data

Sinatura responsable

O cadro inferior é so para encher en caso de cambios nos datos entre a data de inscrición e a de incorporación ao campamento.