

## Ficha Médica

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Enfermedad Actual: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_

Forma de administración ó Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergia algún medicamento? \_\_\_\_ Nombre Medicamento: \_\_\_\_\_

¿Tiene todas las vacunas al día? \_\_\_\_\_

¿Lleva algún tipo de dieta? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a alguna sustancia o alimento? \_\_\_\_\_

Sabe Nadar: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

Otras observaciones de interés: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA

D/Doña \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

autoriza a su hijo/a \_\_\_\_\_ a asistir al

CAMPAMENTO entre los días \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

con la estricta sujeción a las normas que para el mismo ha dispuesto la dirección de las propias instalaciones y la AMPA del CEIP A. Buero Vallejo. Asimismo declara, conocer y aceptar las condiciones y actividades que se realizan en dicha excursión.

Y autorizo al responsable del AMPA o del Campamento o a la institución sanitaria donde se encuentre el/la participante en ese momento, para que tomen las decisiones necesarias en caso de una urgencia médica y ante la imposibilidad de contactar con los padres o tutores.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

Documentación a adjuntar a la ficha médica: Fotocopia D.N.I padre o tutor, Fotocopia Tarjeta Sanitaria Seguridad Social y una foto (pegada en la ficha).