FICHA MÉDICA DEL PARTICIPANTE EN LA ACTIVIDAD

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD

NOMBRES DE LOS PADRES O TUTORES

TELEFONOS DE CONTACTO

TRATAMIENTO ACTUAL O MEDICACION

ALERGIAS

Nº SEGURIDAD SOCIAL

COMPAÑIA MÉDICA

¿ESTÁ SU CALENDARIO DE VACUNACIONES AL DIA?

OBSERVACIONES O COMENTARIOS (OBLIGATORIO RELLENAR)