



FOTO

Ficha médica

Datos personales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Datos de los padres/tutores legales:

Nombre padre o tutor:

Nombre madre o tutora:

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

DNI padre:

DNI madre:

En caso de no poder contactar con los padres/tutores, avisar a:

Nombre: _____

Parentesco: _____ Tel. 1: _____ Móvil: _____

Vacunas

Alergias

Si: ____ No: ____

A: _____



Tratamientos:

MEDICAMENTO:	Nombre	Dosis	Horarios
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

OBSERVACIONES:

Enfermedades padecidas anteriormente

Enfermedades crónicas

Vacuna antitetánica válida hasta: _____

Dietas

Alimentos que no puede ingerir:

Causas:



Otras observaciones

Firma de los padres o tutores y fecha: