



FICHA MÉDICA

CAMPAMENTO SANTA PAULA

OBLIGATORIO
ADJUNTAR EN
ESTE
APARTADO
UNA FOTO
ACTUALIZADA

DATOS DE ACAMPADO/A N°

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ nº: _____ Piso: _____ Puerta: _____

Nombre y apellidos Padre: _____

Nombre y apellidos
Madre: _____

Teléfono del padre: _____

Teléfono de la madre: _____

¿Es la primera vez que asiste a un campamento? SI NO

¿Asistirá a otro campamento después? SI NO ¿Sabe nadar?: SI NO

	SI	NO	¿DE QUÉ SE TRATA?
¿Enfermedad infecto-contagiosa?			
¿Alergia/intolerancia a algún medicamento?			
¿Celíaco/a?			
¿Alergia/intolerancia a algún alimento?			
¿Fractura o lesión reciente?			
¿Discapacidad física, psíquica o sensorial?			
¿Insomnio, epilepsias o ausencias?			

Grapar a este documento cartilla de vacunación infantil actualizada

Explique si el acampado/a presenta esporádicamente algún malestar o si precisa de alguna medicación (en caso afirmativo indicar pauta médica y patología):

Firma madre

Firma padre

Firma tutor