



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, epilepsia o ausencias?	☐	☐	

Grapar a este documento:

- **Cartilla de vacunación infantil actualizada.**
- **Fotocopia tarjeta sanitaria por ambas caras.**
- **Informes médicos de interés*.**

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