



FICHA MÉDICA

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL O PÓLIZA DEL SEGURO MÉDICO

(adjuntar fotocopia):

DATOS MÉDICOS

(Cumplimente todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Si necesita más espacio por favor, utilice Otros datos de Interés)

Datos Médicos	NO	SI	ESPECIFICAR
Enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tratamiento habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Especifique cuáles son y si es necesaria alguna tratamiento o precaución extraordinaria:

DATOS NUTRICIONALES

(Cumplimente todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Si necesita más espacio por favor, utilice Otros datos de Interés)

<i>Precauciones nutricionales</i>		
Diabético	NO	SI
Celiaco	NO	SI
Intolerancia a la lactosa	NO	SI
Otras alergias alimentarias ⁽¹⁾	NO	SI

(1)Alergia alimentaria a: _____

HABILIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS

(Cumplimente todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Si necesita más espacio por favor, utilice Otros datos de Interés)

Actividad		
Puede realizar cualquier actividad física	NO	SI
En caso de contestar NO por favor especificar cuál _____		

OTROS DATOS DE INTERES

CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

En caso necesario contactar con:

	Tfno. Personal	Tfno. del trabajo
Contacto principal en caso de emergencia	_____	_____
Contacto secundario en caso de emergencia	_____	_____

Guijuelo __ de _____ de 202_

Fdo.: Padre, Madre o tutor:
DNI:

Ayuntamiento de Guijuelo
Plaza Mayor 11-12
Guijuelo 37770 (Salamanca)

guijueloverano2020@gmail.com

