



FICHA MÉDICA

DATOS DEL USUARIO

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL O PÓLIZA DEL SEGURO MÉDICO (adjuntar fotocopia):

A continuación, cumplimente todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Si necesita más espacio por favor, utilice Otros datos de Interés :

DATOS MÉDICOS

DATOS MÉDICOS	RESPUESTA (SI/NO)	ESPECIFICACIONES
ENFERMEDAD		
DISCAPACIDAD		
TRATAMIENTO HABITUAL		
ALERGIAS AMBIENTALES		

Especifique cuáles son y si es necesario algún tratamiento o precaución extraordinaria:

DATOS NUTRICIONALES

PRECAUCIONES NUTRICIONALES	RESPUESTA (SI/NO)	ESPECIFICACIONES
DIABÉTICO		
CELIACO		
INTOLERANCIA ALIMENTARIA		
ALERGIAS ALIMENTARIA		

Especifique cuáles son y si es necesario algún tratamiento o precaución extraordinaria:

HABILIDADES FÍSICO - DEPORTIVAS

ACTIVIDAD	RESPUESTA (SI/NO)	ESPECIFICACIONES
PUEDA REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD FÍSICA		

En caso de contestar NO, por favor especificar

CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

CONTACTO	NOMBRE PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO PERSONAL	TELÉFONO DEL TRABAJO
CONTACTO PRINCIPAL			
CONTACTO SECUNDARIO			

Guijuelo a ____ de _____ de 202_

Fdo.:

Padre, Madre o tutor y DNI:

CENTRO CULTURAL DE GUIJUELO
C/ Príncipe Felipe, 55
Guijuelo 37770 (Salamanca)



Ayuntamiento
de Guijuelo
Concejalía
de Cultura