Ayuntamiento de Boadilla del Monte

FICHA MÉDICA		
NOMBRE	**APELLIDOS**	
D.N.I.	**FECHA DE NACIMIENTO**	**Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

SEGURO MÉDICO PRIVADO (EMPRESA Y Nº DE AFILIACIÓN	**GRUPO SANGUÍNEO**

Responda a las siguientes preguntas:

1 ¿Has tenido alguna enfermedad importante o te han operado de algo?

2 ¿Estás tomando alguna medicina o tienes que tomarla durante el campamento? (Especificar).

3 ¿Necesitas seguir algún régimen especial en el campamento?

4 ¿Tienes alguna alergia (penicilina, polen, animales,...)? (Especificar cuáles y su intensidad).

5 Otras observaciones (¿sabes nadar?, otros,...).

EL EQUIPO MÉDICO Y LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD NO SE HACEN RESPONSABLES DE LAS CONSECUENCIAS DE CUALQUIER PATOLOGÍA NO COMUNICADA.

Firma del padre, madre o tutor

Boadilla del Monte a de de 200

C/ Francisco Asensio Barbieri nº 2. Tfno: 916334832. Fax: 916324158
E-mail: juventud@aytoboadilla.com, www.aytoboadilla.com