



ALBERGUE DEL "COTO ESCOLAR"

1.- DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos del participante	Edad
Dirección completa del participante	
Teléfono :	
Dirección de los padres durante la actividad	
Teléfono:	

2.- DATOS DE INTERES DEL PARTICIPANTE

¿Ha sufrido enfermedad infecto-contagiosa?	¿Cuál?	
¿Es alérgico a algún tipo de medicamento?	¿Cuáles?	
¿En que grado le afectan los medicamentos en su proceso biológico normal?		
¿Padece algún tipo de minusvalía o enfermedad?	¿Cuál?	
¿Sigue algún tratamiento médico?	¿De que tipo?	
¿Es propenso a jaquecas, convulsiones o mareos?	¿Tiene asma?	¿Tiene las vacunas preceptivas?
MEDICAMENTOS PRESCRITOS	NUMERO DE TOMAS	HORARIO DE LAS TOMAS
¿Alergia o intolerancia a algún alimento?	¿Cuál?	
¿Duerme solo?	¿Padece enuresis nocturna?	¿Se vale completamente por si mismo?
Indique si sufre pesadillas, alucinaciones, terrores nocturnos, etc.		
¿Tiene intolerancia a algún medicamento?	Causas:	¿Sabe Nadar?

3.- OBSERVACIONES DE LOS PADRES

Declaro bajo mi responsabilidad que todos los datos contenidos en esta ficha se ajustan a la realidad.

En _____, a _____ de _____ de 2.013
Firma del padre, madre o tutor

Fdo.: _____
Nombre y apellidos

D.N.I. nº: _____

NOTA: Acompañar fotocopia de la Tarjeta de la Seguridad Social o Mutualidad.

En caso de tener que tomar medicación, cuando se incorporen los niños, nos tienen que presentar por escrito la medicación, posología y horario de las tomas.

* Los datos expresados en esta ficha son de absoluta confidencialidad y de exclusivo uso del centro.