



NOMBRE : _____

EQUIPO: _____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? (marque lo que corresponda): **SI** **NO**

¿QUÉ TIPO DE ALERGIA? -----

MEDICACIÓN:

PRODUCTO	CANTIDAD	CADA CUANTAS HORAS

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? (marque lo que corresponda): **SI** **NO**

¿QUÉ TIPO DE ENFERMEDAD? -----

MEDICACIÓN:

PRODUCTO	CANTIDAD	CADA CUANTAS HORAS

NÚMERO DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: -----

OTROS DATOS DE INTERÉS: -----

D. -----

CON D.N.I. ----- PADRE/MADRE/TUTOR DEL TITULAR DE ESTA FICHA
MANIFIESTO QUE HA SIDO VACUNADO REGLAMENTARIAMENTE Y NO PADECE ENFERMEDADES
CONTAGIOSAS. ASIMISMO, AUTORIZO, EN CASO DE MÁXIMA URGENCIA, CON CONOCIMIENTO Y
PRESCRIPCIÓN MÉDICA, A TOMAR LAS DECISIONES OPORTUNAS SI HA SIDO IMPOSIBLE MI
LOCALIZACIÓN.

FECHA Y FIRMA: