

Datos de la Persona Participante

NOMBRE		APELLIDOS	
FECHA NACIMIENTO ____ / ____ / ____	D.N.I	PESO kg	ALTURA cm

Datos de Contacto

Nombre Padre/Tutor	Tlf. Contacto	Nombre Madre/Tutora	Tlf. Contacto
---------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------

Ficha Sanitaria: Información importante para posible asistencia médica

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
ENFERMEDADES Y ALERGIAS	<input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ANEMIA	<input type="checkbox"/> SONAMBULISMO <input type="checkbox"/> INSOMNIO <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA	<input type="checkbox"/> DIABETES (DOSIS INSULINA) _____ <input type="checkbox"/> CELIAQUÍA <input type="checkbox"/> OTROS: _____
	<input type="checkbox"/> TDA <input type="checkbox"/> HIPERACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> OTROS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, INTELIGENCIA LÍMITE, TCA, ALTAS CAPACIDADES ...)	
	ALERGIAS:		
¿ES ALÉRGICO A CUALQUIER TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁL USA COMO SUSTITUTIVO?	
¿SABE NADAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		CARTILLA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
OTROS DATOS DE INTERÉS			
CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER		¿TOMA ALGÚN TIPO DE ANTICONCEPTIVO HORMONAL? ¿CUÁL? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ _____	

Declaración y Autorización

NOMBRE Y APELLIDOS Madrid a ____ de _____ de _____ [FIRMA]	NOMBRE Y APELLIDOS Madrid a ____ de _____ de _____ [FIRMA]
---	---