



FICHA MÉDICA

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ Fecha nacimiento _____

CURSO: _____ TELÉFONO DE LOS PADRES: _____

Es **obligatorio adjuntar** fotocopias de la tarjeta de la Seguridad Social, sociedad aseguradora privada, DNI; y para los menores, fotocopia de la cartilla de la seguridad social en la que aparecen con sus padres. Todo **grapado** a la ficha. Además deben llevar la tarjeta sanitaria original con ellos.

Grupo sanguíneo: Rh:

Enfermedades importantes o crónicas: (medicación, posología):

Alergias

Intolerancia a medicamentos

Intolerancia a alimentos

Discapacidades físicas y/o psíquicas

Otras observaciones de interés:

Nº de la Seguridad Social y/o Seguro Médico Privado:

(Marca en los dibujos los lugares en los que tienes alguna lesión)

