



FICHA MÉDICA

* Adjuntar con una fotocopia de la tarjeta sanitaria

DATOS DEL ASISTENTE

Nombre y apellidos: Fecha de nacimiento:
Domicilio: Localidad:
Teléfonos: / /

ANTECEDENTES

Enfermedades específicas padecidas:.....

Intervenciones quirúrgicas:

¿Padece alguna enfermedad actualmente?:

¿Alergia a medicamentos?: ¿A cuáles?:

Fecha de la última antitetánica:¿Ataques epilépticos?:

¿Se orina involuntariamente?:.....¿Cuándo?:.....

¿Necesita alguna medicación o alimentación especial?:

¿Otro tipo de alergias?:

¿Sabe nadar?.....

Indíquenos circunstancias médicas a tener en cuenta:.....

.....

NOTA IMPORTANTE

La persona representante declara que:

- Todos los datos arriba indicados son ciertos
- Autoriza las decisiones médico-quirúrgicas que fuese preciso adoptar en caso de urgencia, bajo la adecuada dirección facultativa



Nombre y apellidos del padre/ madre/tutor:.....

D.N.I.:.....

Firma del padre/ madre o tutor:

....., a.....dede 20.....



AUTORIZACIÓN

Nombre y apellidos del padre/ madre/tutor:.....
con D.N.I.:....., del niño/a.....

Autorizo:

- A que el niño/a al que nos referimos participe en todas las actividades programadas en enmarcadas con el nombre "Los nietos de Odín"
- A que se tomen fotografías (con fines divulgativos) al niño/a

Firma del padre/ madre o tutor:

....., a.....dede 20.....

*** La firma de la presente inscripción, confirma el conocimiento y aceptación de las normas de inscripción**