

HAY QUE COMUNICAR, POR ESCRITO Y EN DETALLE, CUALQUIER PROBLEMA MÉDICO, MEDICACIÓN QUE TOMA EL O LA PARTICIPANTE O DIETA ESPECIAL QUE NECESITE, Y SE ADJUNTARÁ A ESTA FICHA EL INFORME MÉDICO CORRESPONDIENTE.

| A. DATOS PERSONALES DEL NIÑO O LA NIÑA | | |
|---|---|--|
| APELLIDOS | NOMBRE | EDAD |
| B. FICHA MÉDICA | | |
| ENFERMEDADES PASADAS RELEVANTES | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? |
| ENFERMEDADES CRÓNICAS | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? |
| DISCAPACIDAD Y/O NECESIDADES ESPECÍFICAS | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? ¿NECESITA MONITOR o MONITORA DE APOYO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Debe rellenarse la ficha de necesidades específicas. |
| ¿TOMA MEDICACIÓN? | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? Debe rellenarse el consentimiento por la administración de medicamentos durante la actividad y aportar un informe médico con las pautas a seguir. |
| INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? Debe aportarse un informe médico con las pautas a seguir. |
| ALERGIAS | SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? Debe aportarse un informe médico con las pautas a seguir. |
| ¿SABE NADAR? | NO <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/> MUY BIEN <input type="checkbox"/> | |
| OBSERVACIONES | | |
| C. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN | | |
| Nombre | con DNI | |
| Como representante legal de | | |
| DECLARO: | Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos y que no hay ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el desarrollo normal de la vida cotidiana de la actividad en la escuela de verano. Adjunto una fotocopia completa de la tarjeta SIP y/o la documentación necesaria del seguro a que pertenece. | |
| FIRMA | | |
| | Valencia, | de de . |