

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

A. DATOS PERSONALES DEL NIÑO O LA NIÑA		
NOMBRE	APELLIDOS	EDAD
B. FICHA MÉDICA		
ENFERMEDADES CRÓNICAS	SÍ ☐ NO ☐	¿CUÁL?
TOMA MEDICACIÓN?	SÍ ☐ NO ☐	¿CUÁL? Es necesario rellenar el consentimiento para la administración de medicamentos durante la actividad y aportar un informe médico con las pautas a seguir.
INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS	SÍ ☐ NO ☐	¿CUÁL? Es necesario aportar informe médico con las pautas a seguir.
ALERGIAS	SÍ ☐ NO ☐	¿CUÁL? Es necesario aportar informe médico con las pautas a seguir.
NECESIDADES ESPECÍFICAS Y /O DISCAPACIDAD (Diagnosticadas o con sospecha de diagnóstico)	SÍ ☐ NO ☐	¿CUÁL? Es necesario rellenar la ficha de necesidades específicas.
OBSERVACIONES		

C. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN
Nombre y apellidos _____ con DNI _____ Como representante legal de _____ DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos y que no existe 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 o la documentación necesaria del seguro al que pertenece. FIRMA _____ Valencia, _____ de _____ de _____.