



### FICHA MÉDICA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

<u>Datos SOCIO-SANITARIOS</u>	SÍ o NO	ESPECIFICA TIPO
Completa todas las casillas aunque la respuesta sea negativa. Marca con una "X"		
Alérgico a MEDICAMENTOS		
ALERGIAS ambientales		
AFECCIONES frecuentes		
Sigue TRATAMIENTO en la actividad		

Indique si tiene necesidades educativas especiales (Hiperactividad, retraso madurativo, autismo, etc.) y especificando la necesidad. \_\_\_\_\_

\*Completa todas las casillas aunque la respuesta sea negativa.

<u>Datos Nutricionales</u>	SI o NO	ESPECIFICA los alimentos que no puede tomar.
*CELIACO		
*DIABÉTICO		
*ALERGIAS ALIMENTARIAS		
*OTRAS DIETAS ESPECIALES		

Otros datos	SI o NO	En caso de existir alguna limitación, ESPECIFICA cuál y su causa.
*Puede realizar cualquier actividad física con normalidad		
Sabe nadar correctamente		

OTROS DATOS DE INTERÉS que desees constatar \_\_\_\_\_

#### CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Durante el desarrollo de las actividades, en el caso de no contactar con el padre, madre, o tutor/a, avisar a:

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_