



• **DATOS PERSONALES:**

Nombre: _____
Apellidos: _____
DNI del niño/a (opcional): _____
Fecha y Lugar de Nacimiento: ____/____/____ - _____
Nombre del Padre: _____
Nombre de la Madre: _____
Dirección: _____
Población: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ **Móvil:** _____
E-mail: _____
Colegio/Instituto donde estudia: _____

CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

Durante el desarrollo de una actividad (en el caso que no se encuentre en la dirección / teléfono habitual) avisad a Don-Doña:

con Teléfono: _____

• **OBSERVACIONES:**

En Valladolid, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____

FICHA MÉDICA

Nombre del niño/a: _____
Apellidos: _____
Fecha y Lugar de Nacimiento: ____/____/____ - _____
Sexo: Chico Chica
Nombre del padre: _____
Nombre de la madre: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____

• DATOS MÉDICOS

¿Alergias? Si No ¿Alergia a que y tratamiento correspondiente? _____ _____ _____
¿Enfermedad? Si No ¿Que enfermedad y tratamiento correspondiente? _____ _____ _____
¿Está operado? Si No ¿Operado de qué? ¿ existe algún problema para que desarrolle las actividades como el resto? _____ _____ _____
¿Algún tratamiento? _____ _____
¿Asma? Si No
Sonambulismo Si No
Fobias Si No ¿A qué? _____

Fdo: _____

La falsedad u omisión de datos en esta "Ficha Médica" eximirán al GS. B° La Victoria de toda responsabilidad. La firma de la misma se requiere como prueba de veracidad de los datos consignados y conlleva la aceptación de la cláusula. La correcta y responsable cumplimentación de la ficha médica será el medio de información sanitaria (alergias, enfermedades, discapacidades, etc.) a los monitores del Grupo Scout y deberán acompañarse, siempre que sea necesario y/o se considere oportuno, de informes, medicamentos y cualquier otro tipo de información acerca del estado de salud del participante.