

**FICHA MÉDICA**

APELLIDO Y NOMBRE: ..... DNI: .....

ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO.....

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI-NO- ¿CUÁL?

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?: SI-NO- ¿CUÁL?

¿ES ALÉRGICO?: SI-NO- ¿A QUÉ?

FECHA DE ÚLTIMA VACUNA ANTITETÁNICA:

¿PUEDE COMER DE TODO?: SI-NO.....

¿SUFRIÓ ALGUNA FRACTURA DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 60 DIAS?: .....

GRUPO SANGUÍNEO: .....

TELÉFONO Y CELULAR: .....

**AUTORIZO A MI HIJO /A: ..... DE SALA DE..... A ASISTIR AL CAMPAMENTO EDUCATIVO DEL..... A REALIZARSE EN.....**

**FIRMA DEL PADRE /MADRE O TUTOR**

**ACLARACION**

**FICHA MÉDICA**

APELLIDO Y NOMBRE: ..... DNI: .....

ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO.....

¿SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD?: SI-NO- ¿CUÁL?

¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?: SI-NO- ¿CUÁL?

¿ES ALÉRGICO?: SI-NO- ¿A QUÉ?

FECHA DE ÚLTIMA VACUNA ANTITETÁNICA:

¿PUEDE COMER DE TODO?: SI-NO.....

¿SUFRIÓ ALGUNA FRACTURA DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 60 DIAS?: .....

GRUPO SANGUÍNEO: .....

TELÉFONO Y CELULAR: .....

**AUTORIZO A MI HIJO /A: ..... DE SALA DE..... A ASISTIR AL CAMPAMENTO EDUCATIVO DEL..... A REALIZARSE EN.....**

**FIRMA DEL PADRE /MADRE O TUTOR**

**ACLARACION**