

## FICHA MÉDICA

**DATOS DE LA/EL JOVEN PARTICIPANTE:****NOMBRE Y APELLIDOS****TELÉFONOS EN LOS QUE SE PUEDA LOCALIZAR A LOS PADRES O TUTORES DURANTE LA ACTIVIDAD****ACTIVIDAD EN LA QUE HA FORMALIZADO LA INSCRIPCIÓN:**

ACT. Nº	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHAS DE REALIZACIÓN

**INDICAR SI EL PARTICIPANTE TIENE ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN** (*Especificar al máximo posible en qué consiste el problema y los alimentos contraindicados*)**INDICAR SI EL PARTICIPANTE TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA Y CÓMO ACTUAR EN CASO DE QUE SE MANIFIESTE:****INDICAR SI EL PARTICIPANTE SABE NADAR, PADECE INSOMNIO O ES SONÁMBULO:****INDICAR SI EL PARTICIPANTE PRESENTA PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO, ANSIEDAD O DEPRESIÓN:****INDICAR SI EL PARTICIPANTE DEBE TOMAR ALGUNA MEDICACIÓN DURANTE LA ACTIVIDAD:** (*Especificar medicamento, forma de ingesta, si precisa almacenamiento en frío, dosis, periodicidad, etc.*)**OTRAS CUESTIONES MÉDICAS:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma del padre/madre o tutor: