



FICHA MÉDICA CAMPUS 2019

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR CON

RESPONSABLE 1

TFNO. 1

RESPONSABLE 2

TFNO. 2

¿Su **calendario de vacunaciones** está cumplimentado? _____

En caso de **malestar leve** (cabeza, tripa...) ¿Qué medicamento toma? _____

¿Es alérgico a algún **alimento**? ¿Cuál? _____

¿Sabe **nadar**? _____

¿Es alérgico a algún **medicamento**? ¿Cuál? _____

¿Otras **alergias**? _____

¿Padece alguna **lesión**? ¿Cuál? _____

¿Padece alguna **enfermedad**? ¿Cuál? _____

Si sigue algún **tratamiento médico actualmente**, indique medicamento y posología.

MEDICAMENTO	DESAYUNO	COMIDA	CENA

Otros datos de interés:

OBSERVACIONES:

Para más información: 644 850 847
Cumplimentar y enviar** a: musicacampuseltiemblo@gmail.com