



FICHA MÉDICA CAMPUS 2022

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?

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

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

¿Otras **alergias**? _____

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

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

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

¿Sabe **nadar**? _____

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

MEDICAMENTO	DESAYUNO	COMIDA	CENA

Otros datos de interés:

OBSERVACIONES:

Para más información: 661 62 63 59
Cumplimentar y enviar** a: musicacampuseltiemblo@gmail.com