

Nombre:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio habitual:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Teléfono:

Teléfono:

Movil:

Seguro al que pertenece:

SIP:

HISTORIAL

¿Tiene las vacunas correspondientes a su edad al día? SI ___ NO ___

¿tiene alergia a algún medicamento? _____

¿Cuál? _____

¿tiene alergia a algún alimento? _____

¿Cuál? _____

¿Toma medicación habitualmente? _____

¿Cuál? _____

¿Sabe nadar? SI ___ NO ___

Observaciones:

AUTORIZACION DE TRASLADO; doy mi consentimiento para que sea trasladado a un centro médico si fuera necesario por las personas responsables del Campus Delfín

Firmado por el padre/madre o tutor

Nombre y apellidos del

firmante.....

DNI.....