



FICHA MÉDICA

NOMBRE _____ **APELLIDOS** _____

Teléfono de contacto _____

SEGURO MÉDICO AL QUE PERTENECE

TITULAR _____ Nº de Afiliación _____

¿PADECE ALGUNA CLASE DE ALERGIA? Si padece alguna, indique cual y la causa o causas que la originan.

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO? Si sigue alguno, indique cuál es y la forma de administrárselo.

¿NECESITA UNA DIETA ALIMENTICIA U OTRO REQUERIMIENTO ESPECIAL?

¿QUÉ VACUNAS TIENE?

-

-

-

- Antitetánica: _____ (En este caso, anote la fecha en que se la pusieron)

En Zaragoza, a ____ de _____, de _____.

Firmado _____ (padre/madre/tutor)

De conformidad con la LOPD 15/1999, de 13 de Diciembre, **AUTORIZO** de forma expresa al tratamiento de los datos médicos anteriormente señalados con la exclusiva finalidad de la planificación de las actividades y la comunicación de estos datos al personal sanitario habilitado en caso de emergencias. He sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos ARCO dirigiéndome a la secretaria de la Asociación Grupo Scout Albada 514.