

FICHA SANITARIA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Codigo postal; _____ Localidad: _____

Telefonos de contacto; _____

Nº Tarjeta Seguridad Social (o CIP); _____

Nº Tarjeta de la Mútua (indicar nombre de la mútua); _____

ADJUNTAR: **Fotocópia del carnet vacunal.**

Fotocópia Tarjeta Seguridad Social/Mútua.

Fotocópia documento de autorización de los padres/tutores para la realización de las actividades

SALUT

¿Tiene alguna enfermedad crónica? (alergias, reacciones, asma, epilepsia, problemas quirúrgicos...) _____

¿Estado actual? _____

¿Tiene problemas con la vista, el oído, el habla? ¿Cuáles? _____

¿Tiene alguna disminución (psíquica, física o sensorial)? ¿En que grado? _____

¿Tiene alguna dificultad motriz? (pies planos, etc...) ¿Cuál? _____

¿Duerme bien? Si No

¿Cuanta horas normalmente duerme? _____

¿Padece insomnio? Si No

¿Es sonámbulo? Si No

Come.. De todo Pocas cosas Mucho Poco

¿Es hábil? Si No mucho

¿Sabe nadar? Si No

¿Se cansa fácilmente? Si No

¿Padece enuresis? Si No

¿Se mareta fácilmente? Si No

¿Es diabético? Si No

Actualmente, ¿practica algun deporte? _____ ¿Cuál? _____

¿Toma alguna medicación? _____ ¿Cuál? _____

Administración de la medicación (días, horas, tomas...) _____

¿Sigue algún tipo de régimen? _____

¿Tiene intolerancia a algún tipo de medicamento? _____

¿Alguna otra observacion a tener en cuenta no descrita anteriormente? _____
