



# FICHA MÉDICA GRUPO SCOUT SAN CRISTÓBAL

FICHA MÉDICA

SECCIÓN: \_\_\_\_\_ Nº SIP: \_\_\_\_\_

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 3: \_\_\_\_\_  
(rellenar por orden de prioridad)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Alergia a medicamentos, alimentos, picaduras, etc \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antecedentes personales: (enfermedades anteriores, asma, dolor de cabeza, anemias, epilepsia, incontinencia, otitis, etc) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tratamiento crónico:

Fármaco	Dosis	Horario

¿Su hijo (a) padece algún impedimento físico que le impida participar en alguna actividad de campamento? SI • NO •  
Explique en caso de ser afirmativo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Puede su hijo/a participar en todos nuestros deportes y actividades? SI • NO •  
Explique en caso de ser negativo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta ficha fue rellenada por: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**LA FICHA QUEDARÁ DEBIDAMENTE REGLAMENTADA AL PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN**

Documentación: (1)Fotocopia del SIP o seguro al que pertenezca, (2)Calendario de vacunas