

## FICHA DE INSCRIPCIÓN ¿JUGAMOS CON LA SALUD?

### DATOS PERSONALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

Piso: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléf: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

*Personas Autorizadas a recoger al menor (en caso de no ser los padres):*

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

A) ALERGIAS (Especificar tipo): \_\_\_\_\_

b.1) Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_

b.2) Animales o alimentos: \_\_\_\_\_

B) ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACION O TRATAMIENTO MEDICO ESPECIAL? \_\_\_\_\_

C) ¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN DE COMIDA? (tipo): \_\_\_\_\_

D) ¿EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NO PUEDA TOMAR? \_\_\_\_\_

E) ¿PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE? \_\_\_\_\_

F) ¿TIENE ALGÚN MIEDO HACIA ALGO EN ESPECIAL? \_\_\_\_\_

G) ¿SUFRE ALGÚN TIPO DE RETRASO MOTOR O MENTAL? \_\_\_\_\_

H) ¿NECESITA ALGÚN APOYO EXTRA? \_\_\_\_\_

I) OTRAS OBSERVACIONES QUE DESEA REFLEJAR: \_\_\_\_\_

En caso de que sea imposible mi localización autorizo a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones sanitarias y médicas oportunas.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Padre, Madre o Tutor/a Legal