

INFORMACIÓN MÉDICA PARTICIPANTES

CONFIDENCIAL

Esta información será tratada conforme a la Ley de Protección de Datos. Rellene con exactitud todos los apartados

Actividad:
Fecha(s):

Nombre del participante:

Domicilio:

Fecha de nacimiento:

Nombre de persona de contacto en caso de emergencia:
Números de contacto:

Seguridad Social:

Número de afiliado:

Mutua:

Número de afiliado:

¿Tiene problemas con la vista o el oído? Sí No
¿Tiene alguna disminución psíquica, física o sensorial? Sí No
¿Tiene alguna dificultad motriz? Sí No

Por favor señale si padece lo siguiente:

- Asma
- Epilepsia
- Diabetes
- Otros:

Alergias

Por favor señale si es alérgico a algo:

Penicilina Alimentos: Otros: _____

¿Se recomienda algún cuidado especial para estas alergias? _____

Año de última inmunización de tétanos:

Medicamento

¿Debe tomar alguna medicina(s)? Sí No

En caso afirmativo proporcionar el nombre de medicamento, la dosis y diga cuándo y cómo se tiene que tomar.

Otras consideraciones especiales que quiera señalar _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nota: ADJUNTAR FOTOCOPIA CARTILLA DE VACUNACIÓN Y DE LA TARJETA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA MUTUA

El club le proporcionará información detallada sobre la actividad antes de la misma. Póngase en contacto con nosotros para solucionar cualquier posible duda antes del comienzo de la actividad.

