



## FICHA MEDICA/ALIMENTICIA

Apellidos, Nombre			
Sección			
Nombre Padre/Tutor		DNI/NIE	
Nombre Madre/Tutora		DNI/NIE	

Padece enfermedades actualmente	SI	NO
En caso afirmativo indique		
Tratamiento/Medicación		

Padece enfermedades crónicas	SI	NO
En caso afirmativo indique		
Tratamiento/Medicación		

Régimen especial de comidas	SI	NO
En caso afirmativo indique		

¿Padece algún trastorno alimentario o afección frecuente?	SI	NO
En caso afirmativo indique		

### OBSERVACIONES

**Comenta cualquier problema médico con tu Scouter, antes del campamento. Indícalo en una hoja, junto con la medicación que tomas y una fotocopia de tu cartilla de seguro (SIP)**

Autorizo en caso de urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones oportunas por parte de los responsables del Grupo, si ha resultado imposible mi localización.

Firma:		Firma:	
Nombre Padre/Tutor:		Nombre Madre/Tutor:	
DNI/NIE:		DNI/NIE:	

