



## FICHA MÉDICA

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **APELLIDOS** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto** \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO AL QUE PERTENECE

TITULAR \_\_\_\_\_ N° de Afiliación \_\_\_\_\_

¿PADECE ALGUNA CLASE DE ALERGIA? Si padece alguna, indique cual y la causa o causas que la originan.

¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO? Si sigue alguno, indique cuál es y la forma de administrárselo.

¿NECESITA UNA DIETA ALIMENTICIA U OTRO REQUERIMIENTO ESPECIAL?

¿QUÉ VACUNAS TIENE?

-

-

-

- Antitetánica: \_\_\_\_\_ (En este caso, anote la fecha en que se la pusieron)

En Zaragoza, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_.

Firmado \_\_\_\_\_ (padre/madre/tutor)

De conformidad con la LOPD 15/1999, de 13 de Diciembre, **AUTORIZO** de forma expresa al tratamiento de los datos médicos anteriormente señalados con la exclusiva finalidad de la planificación de las actividades y la comunicación de estos datos al personal sanitario habilitado en caso de emergencias. He sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos ARCO dirigiéndome a la secretaria de la Asociación Grupo Scout El Rabal 183.