



## FICHA MÉDICA

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

**Teléfono de contacto** \_\_\_\_\_

SEGURO MÉDICO AL QUE PERTENECE

TITULAR \_\_\_\_\_ Nº 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)

- COVID-19: SÍ , Nº de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis: \_\_\_\_\_

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

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

En cumplimiento del RGPD UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos de que sus datos médicos anteriormente señalados pasarán a formar parte de los sistemas de información de la ASOCIACIÓN GRUPO SCOUT EL RABAL 183 y de ASDE - SCOUTS DE ARAGÓN cuya finalidad es la planificación de las actividades y la comunicación de estos datos al personal sanitario habilitado en caso de emergencias.