

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)

En Jaca, 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 DE JACA 219 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.