

## Ficha medica

Datos personales del scout			FOTO
Fecha cumplimentación:		Fecha de nacimiento:	
Nombre y apellidos:			
Nº SS / Nº seguro*		DNI:	
Dirección:			
C.P.:	Municipio:	Provincia:	

\*Indicar en la casilla el nombre de la aseguradora, si es Seguridad Social no es necesario.

Datos de los responsables legales y/o contactos en caso de emergencia		
Nombre y apellidos:		
Teléfono:	DNI:	Relación con la/él scout:
Nombre y apellidos:		
Teléfono:	DNI:	Relación con la/él scout:
Nombre y apellidos:		
Teléfono:	DNI:	Relación con la/él scout:

Datos médicos del scout								
Grupo sanguíneo	A	B	AB	O	RH	+	-	
1. Vacunaciones (Indicar solo aquellas que falten por recibir de su edad)								
2. Antecedentes personales								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Físicos (Diversidad funcional, lesiones permanentes, enfermedades crónicas,...)</li> </ul>								

<ul style="list-style-type: none"> <li>Psíquicos: (Diversidad funcional, hiperactividad, sonambulismo,...)</li> </ul>		
3. ¿Sigue tratamiento por alguna enfermedad?		
	Si	No
Explicar lo más detalladamente posible qué enfermedad y qué tratamiento, en el caso de no disponer suficiente espacio adjunte a este documento un anexo.		
¿Ha adjuntado un anexo?		¿Cuántas paginas?
	Si      No	
4. Alergias (Indicar cualquier tipo de alergia e indicar tratamiento de disponer)		
5. Otras observaciones		

**DECLARO:**

Que todos los datos expresados en esta dicha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de las actividades.

**AUTORIZO:**

Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

Firma: