

**DATOS CONFIDENCIALES****NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

- **¿Padeces alguna enfermedad actualmente?**     NO     SI    Si es así, explica:

\_\_\_\_\_

- **¿Eres alérgico a animales, alimentos, polvo, polen, medicamentos...?**     NO     SI

\_\_\_\_\_

En caso de reacción alérgica, ¿qué protocolo ha de seguirse y qué medicación debes tomar?

\_\_\_\_\_

(Explicarlo en una hoja aparte si es necesario)

- **¿Necesitas una dieta especial? (Intolerancias, alergias...)**     NO     SI

¿Qué alimentos no puedes tomar?: \_\_\_\_\_

- **¿Tienes alguna lesión, fractura o condición que te impida realizar alguna actividad?**     NO     SI

\_\_\_\_\_

- **¿Tienes problemas relacionados con el sueño?: (Incontinencia, sonambulismo...)**     NO     SI

\_\_\_\_\_

- **¿Has sido operado u hospitalizado por algún motivo importante que debamos saber?**     NO     SI

\_\_\_\_\_

- **¿Padeces hiperactividad o tienes dificultades de atención/ aprendizaje?**     NO     SI

\_\_\_\_\_

- **¿Sufres mareos?**     NO     SI

- **¿Tienes asma?**     NO     SI

- **¿Sufres hemorragias con frecuencia?**     NO     SI

- **¿Tienes otras enfermedades, dolencias o algo que añadir?**     NO     SI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del titular o Firma de los padres/tutores (para menores de 18 años):**