

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

- ¿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):