



# CAMPAMENTO DEL CENTRO JUVENIL

## DATOS PERSONALES

Foto	NOMBRE				
	APELLIDOS				
	Fecha de nac.		Edad el 15 de julio de 2017		
	TELÉFONO		DNI		
	DOMICILIO				
Nº Tarjeta sanitaria			Talla camiseta (unisex)		
Nombre y apellidos Padre o Tutor		Telf.		DNI	
Nombre y apellidos Madre o Tutor		Telf.		DNI	

Indicar en caso necesario, quién tiene la custodia legal: Madre  Padre  Conjunta  Otros: \_\_\_\_\_

## CUESTIONES A TENER EN CUENTA

Enfermedades importantes que padezca (asma, epilepsia...)

Nombre	Tratamiento

Enfermedades importantes que haya padecido y conviene tener en cuenta

Nombre	Fecha

Alergias que padece

TIPO	DESCRIPCIÓN	TRATAMIENTO (llevar desde casa)
Fármacos		
Alimentos		
Otros		

Habitualmente toma:

- En caso de fiebre:
- En caso de ( ): \_\_\_\_\_
- En caso de ( ): \_\_\_\_\_

Observaciones