



# Ficha MÉDICA

<b>ALUMN@:(Rellenar en mayúsculas)</b>		
<b>NOMBRE:</b>	<b>APELLIDOS:</b>	<b>CURSO:</b>
<b>En caso de dolor de cabeza tomar:</b>		
<b>ALERGIAS</b> (medicamentos, alimentos, plantas, animales, etc.)		
¿Cuáles?		
Pautas de actuación en caso de reacción alérgica		
Medicamentos que debe tomar, y cómo (Obligatorio adjuntar un <b>certificado médico</b> )		
<b>PROPENSIONES y OTRAS OBSERVACIONES MÉDICAS o DIETÉTICAS:</b>		
<u>Todos los medicamentos que el niño/a deba tomar deberán ser entregados al monitor correspondiente en un neceser junto con el certificado médico, la pauta y el nombre del niñ@</u>		
Autorizo a que el personal del centro administre dicho medicamento en caso de que fuera necesario:		
Firmado:	Madrid, a ____ de _____ de _____	