



## ANEXO I – DATOS MÉDICOS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A:

A. ¿ES ALÉRGICO?    Si     No

ALERGIAS (Especificar tipo): \_\_\_\_\_

b.1) Antibióticos, medicamentos: \_\_\_\_\_

b.2) Animales o alimentos: \_\_\_\_\_

B. ¿SIGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIAL? ESPECIFICAR

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. ¿SIGUE ALGÚN RÉGIMEN DE COMIDA? (tipo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. ¿EXISTE ALGÚN ALIMENTO QUE NO PUEDA TOMAR? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E. ¿PADECE ALGUNA AFECCIÓN FRECUENTE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F. ¿TIENE ALGÚN MIEDO HACIA ALGO EN ESPECIAL? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G. ¿NECESITA ALGÚN APOYO EXTRA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de que sea imposible mi localización, AUTORIZO a los responsables de la actividad, a tomar las decisiones médicas que estimen oportunas en beneficio del menor.