



## FICHA MÉDICA

Nº de socio 06/596/.....

### DATOS PERSONALES

Nombre:		DNI:
Calle:		
Localidad:	Provincia:	C.P.
Teléfono fijo:		
Teléfono móvil:		
Fecha de nacimiento:		Nº de Hermanos:

### DATOS MEDICOS

Nº de la S.S. ó aseguradora (indicar cuál): _____
Alergias: <ul style="list-style-type: none"><li>• A medicamentos: _____</li><li>• Alimentarias: _____</li></ul>
Trastornos del sueño: _____
Padece alguna enfermedad: _____
Incontinencias: _____
Régimen o dieta especial: _____
Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH: _____
Otra información de interés : _____
_____

Badajoz, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Adjunte a esta ficha médica la fotocopia de la tarjeta sanitaria o aseguradora

Apartado de Correos 513, C.P. 06080 Badajoz (España)

[www.albasharnal.org](http://www.albasharnal.org) - mail: [correo@albasharnal.org](mailto:correo@albasharnal.org)

Teléfono móvil: (+34) 628 650 373 - C.I.F. G06313837