



**DATOS PERSONALES:**

**EDAD:**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Tel alternativo: \_\_\_\_\_

Mail de papá y mamá: \_\_\_\_\_

Consentimiento en el uso de imagen (fotos/videos) en diferentes redes sociales del JCC o de la escuela de verano : SI - NO (realizar un círculo a qué opción que desea elegir)

**FICHA MÉDICA:**

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor Rh: \_\_\_\_\_

**Alérgico a:**

Alimentos \_\_\_\_\_ Picaduras de insectos \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**Propenso a: (colocar sí o no, en caso que corresponda)**

Asma \_\_\_\_\_ Afecciones de oído \_\_\_\_\_

Afecciones del aparato respiratorio \_\_\_\_\_ Afecciones oculares \_\_\_\_\_

Desmayos \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**Enfermedades padecidas: (colocar sí o no, en caso que corresponda)**

Anginas \_\_\_ Rubeola \_\_\_ Tos convulsa \_\_\_ Sarampión \_\_\_ Convulsiones \_\_\_

Bronquitis \_\_\_ Otitis \_\_\_ Infecciones Urinarias \_\_\_ Varicela \_\_\_ Epilepsia \_\_\_

Sinusitis \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**Intervenciones quirúrgicas:**

Apendicitis \_\_\_ Hernia: \_\_\_\_\_

Amigdalitis \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**Medicamentos que toma actualmente:**

\_\_\_\_\_

**\*La presente tiene carácter de declaración jurada, dándose por cierto todos los datos en ella volcados.**

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Aclaración

DNI: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_