

RONDA SOLAR 2014 - 2015

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE

APELLIDOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN/DOMICILIO

NUM.

ESCAL.

PISO

		DÍA		MES		AÑO													

C. POSTAL

F. Nacimiento

DNI

TELÉFONO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CURSO/LETRA

CENTRO ESCOLAR

Nº HERMANOS
(Él/Ella incluido)

LUGAR QUE OCUPA

DATOS FAMILIARES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE PADRE

APELLIDOS PADRE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN/DOMICILIO PADRE

NUM.

ESCAL.

PISO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. POSTAL

CIUDAD

PROFESIÓN (Dato Opcional)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELÉFONO FIJO PADRE

TELÉFONO MOVIL PADRE

CORREO ELECTRÓNICO PADRE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE MADRE

APELLIDOS MADRE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN/DOMICILIO MADRE

NUM.

ESCAL.

PISO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. POSTAL

CIUDAD

PROFESIÓN (Dato Opcional)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELÉFONO FIJO MADRE

TELÉFONO MOVIL MADRE

CORREO ELECTRÓNICO MADRE

Grupo Scout Maravillas 179

Ficha médica
Ronda 2014-2015

ASDE

PEGAR

FOTO

AQUI

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos _____

Fecha de nacimiento _____ Número de seguridad social o SIP _____

Nombre madre _____ Nombre padre _____

Dirección _____

CP _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

Teléfono durante el período del campamento _____

DATOS MÉDICOS:

Grupo sanguíneo _____ RH _____

¿Es alérgico a la penicilina o a algún otro medicamento? SI NO

¿Cuál? _____

¿Qué usa en su lugar? _____

¿Es alérgico a algún alimento? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún arbusto, polen,...? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a la picadura de algún insecto? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a alguna otra cosa? _____

¿Sabe nadar? SI NO

Firma de los padres:

Grupo Scout Maravillas 179

Ficha médica
Ronda 2014 – 2015

ASDE

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Rubéola	SI	NO	Escarlatina	SI	NO
Varicela	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Sarampión	SI	NO	Neumonía	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO	Meningitis	SI	NO

Intervenciones quirúrgicas padecidas

Corazón	SI	NO	Amígdalas	SI	NO
Columna	SI	NO	Otras _____		
Apéndice	SI	NO			

Año de la intervención _____

Enfermedades que padece

Epilepsia	SI	NO	Asma	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Sonambulismo	SI	NO
Dosis de insulina _____			Fobias	SI	NO
Incontinencia urinaria	SI	NO	¿A qué? _____		

Otras _____

¿Está recibiendo algún tratamiento especial? SI NO

Enfermedad _____

Medicamento _____

Dosis y horario _____

LA FICHA MÉDICA SE RENOVA CADA AÑO DE PASE DE SECCIÓN (DE LOBATOS A TROPA POR EJEMPLO), SALVO APARICIÓN DE ENFERMEDAD DIGNA DE MENCIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Firma de los padres: