

# FICHA MÉDICA

**CURSO:** 2025/2026

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A:**

**CURSO EN EL QUE SE MATRICULA:**

**DIRECCIÓN ACTUAL COMPLETA:**

**TELÉFONO FIJO:**

**TELÉFONO MÓVIL:**

*Por tu bien y la tranquilidad de todos es preciso que rellenes todos los datos y firmes tu ficha médica.*

**¿Padeces con alguna frecuencia?**

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Lipotimias          | <input type="checkbox"/> Mareos       | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Sangrados de nariz  | <input type="checkbox"/> Vómitos      | <input type="checkbox"/> Ataques nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Ataques epilécticos | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia |  |

DISCAPACIDAD: No

ENFERMEDADES ACTUALES O CRÓNICAS:

MEDICACIÓN HABITUAL:

ALERGIAS CONOCIDAS:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

ALIMENTOS PROHIBIDOS:

¿QUÉ ANALGÉSICOS TOMAS?

OBSERVACIONES:

Firma del padre, madre o tutor

En Valladolid, a 18 de junio de 2025