

## FICHA DEL PARTICIPANTE

### Datos personales

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

### Datos de salud

¿Padece alguna enfermedad?:  
\_\_\_\_\_

Vacunas recibidas:  
\_\_\_\_\_

Vacunas recibidas en los últimos meses:  
\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento o producto?:  
\_\_\_\_\_

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Es imprescindible cumplimentar la presente ficha.  
Se deberá adjuntar una fotocopia de la tarjeta de la Seguridad Social.**