



FICHA SANITARIA

APELLIDO **Nombre** **D.N.I.**

VACUNACIONES

Antipoliomielítico, Antidiftérico, Antitetánico, Antituberculoso
(Precisar si es DT polio, Dtcoq, Tétracoq, o toma polio)

Vacunas realizadas Fechas Revacunación

Vacunas realizadas Fechas Revacunación

Vacunas realizadas Fechas Revacunación

Antituberculosa (B.C.G)

Fecha de la vacuna:

Fecha de la vacuna:

Antivariólico

Fecha de la vacuna:

Fecha de la vacuna:

Otras vacunaciones

Natura y fecha.....

Natura y fecha.....

Inyección de Suero

Natura y fecha.....

Natura y fecha.....

Si el niño/a no es vacunado, **porque?**

INFORMACIONES MEDICALES

Varicela SI NO

Tos ferina SI NO

Paperas SI NO

Rubéola SI NO

Sarampión SI NO

Escarlatina SI NO

Anginas SI NO

Reumatismo SI NO

Otitis SI NO

Asma SI NO

ENFERMEDADES, ACCIDENTES, PROBLEMAS ACTUALES (Fechas)

Enfermedades :

Accidentes :

Problemas actuales :

CERTIFICADO MÉDICO

(Validez tres meses antes del Stage)

El a bajo firmante : Dr..... haber examinado hoy

Sr./Sra..... y lo declaro apto a la práctica: **Tachar las actividades prohibidas**

- Rugby
- Natación (piscina y lago)
- Golf

Sugestiones diversas :

Fecha :

Firma y Sello