



FICHA INDIVIDUAL DE LOS ACAMPANTES

Sector Inicial



NIVEL:..... AÑO:.....

Nombre y apellido:..... C.I.:.....

Fecha de nacimiento: /..... /..... Edad:.....

Enfermedades que tuvo:.....

.....

Es alérgico:..... ¿a qué?.....

Requiere especial cuidado en ocasión de:.....

¿Qué se debe hacer?.....

.....

¿Está tomando medicamentos?..... ¿Cuales?.....

.....

¿El niño se ha quedado a dormir fuera de su casa? Nunca..... Pocas veces..... Seguido.....

En caso de necesidad, ¿A qué numero y con quién debemos hablar?

.....

.....

¿Dirección a dónde dirigirnos?.....

Mutualista..... Número

Servicio de emergencia..... Número

(NOTA: Todos los lugares donde concurrimos cuentan con servicio de emergencia médica)

Observaciones:

.....

.....

Firma:.....

***Completar y entregar**