



FICHA ALERGIAS SOCIOS ETIM 2013

REPRESENTANDO:



MIEMBROS DE:



COLABORADORES:



Apellidos:..... Nombre:.....

Fecha de Nacimiento: Edad:

Nacionalidad:

Dirección:.....

CP: Localidad:

Teléfono: Móvil:

E-mail:

(Tachar la que no proceda)

¿Tiene alguna enfermedad? SI NO

¿Toma alguna medicina? SI NO

¿Tiene alguno problema físico importante? SI NO

¿Tiene alergia? SI NO

¿Tiene régimen alimenticio? SI NO

Si has contestado SI a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, indica más detalles:

.....
.....
.....
.....

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

DNI DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: