



RECOMENDACIONES

- No entregar el carnet de salud original al niño.
- Proveerle sus medicamentos en caso de tratamiento en curso, junto con la receta médica.
- Aportar toda la información útil para el bienestar del niño.

Nota: El acceso a los datos personales contenidos en este expediente está estrictamente reservado al personal médico y al director de la Estancia Cultural.

ESTANCIA CULTURAL EN MARRUECOS EXPEDIENTE MÉDICO

Foto

Observaciones útiles: hechas por el responsable o el equipo médico de la Estancia Cultural.

- Nombre y apellidos del niño:
- Fecha y lugar de nacimiento:
- Circunscripción consular:
- Período de la estancia:
- Dirección de los padres o tutor:
 - Teléfono:
- Dirección durante la estancia:
 - Teléfono fijo:
 - Teléfono móvil:
 - Correo electrónico:
- Personas de contacto en caso de emergencia:
 - Teléfono:
 - Correo electrónico:

Información médica
(Ayúdenos a cuidar de su hijo y a conocerlo mejor)

Antecedentes:

• **Médicos:**

Rubéola •, Sarampión •, Varicela •, Amigdalitis •, Reumatismo •, Escarlatina •, Tos ferina •, Otitis •, Asma •, Crisis convulsivas •.

Otros (especificar):

.....
.....

• **Quirúrgicos: (Hospitalización, accidentes, operaciones, rehabilitación...)**

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

• **Tratamientos en curso:**

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

λ IMPORTANTE:

Proporcione al niño la receta médica, adjunte los medicamentos necesarios en cantidad suficiente, en su envase original.

• **Alergias medicamentosas o alimentarias:**

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

• **Diversos (alergia a las vacunas, uso de gafas médicas, prótesis dentales/auditivas o lentes de contacto):**

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

AUTORIZACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL

- Yo, el abajo firmante (nombre y apellidos del padre/madre o tutor):

.....

autorizo a mi hijo a participar en la Estancia cultural organizada en Marruecos por la Fundación Hassan II. También autorizo al responsable de la Estancia a tomar las medidas de urgencia necesarias para la salud de mi hijo durante la estancia.

Firma

CERTIFICADO MÉDICO

- Yo, el abajo firmante, Dr. certifico que el niño

.....:

- Está en condiciones de participar en actividades deportivas de la Estancia.

- No presenta enfermedades contagiosas ni signos clínicos de enfermedades mentales o metabólicas.

- Ha recibido todas las vacunas obligatorias.

- No tiene alergias a las vacunas (detallar si corresponde).

Hecho en.....el.....

Sello y firma del médico