

DATOS PERSOAIS	
NOME E APELIDOS:	
NACIONALIDADE:	DNI:
DATA DE NACEMENTO:	Nº SEGURIDADE SOCIAL:
CENTRO DE ESTUDOS/TRABALLO:	
MUTUA OU ASEGURADORA:	
ENDEREZO	
RÚA/LUGAR:	Nº/LETRA:
CP:	CONCELLO:
PROVINCIA:	
DATOS DE CONTACTO	
TFNO. MÓBIL:	TFNO. FIXO:
CORREO ELECTRÓNICO:	
Sinatura do/a Interesado/a	

No caso de ser menor de idade cubrir o seguinte cadro

DATOS DA FAMILIA			
NOME E APELIDOS DO NAI/TITORA:		DNI, NIF ou NIE:	
OCUPACIÓN:		HORARIO LABORAL:	
Nº SEGURIDADE SOCIAL:		MUTUA OU ASEGURADORA:	
DOMICILIO:		Nº	PORTAL:
ESCALEIRA	ANDAR:	PORTA:	CP:
MUNICIPIO		PROVINCIA	
TFNO. MÓBIL:	TFNO. CASA:	TFNO. TRABALLO:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
Sinatura da nai:			

DATOS DA FAMILIA			
NOME E APELIDOS DO PAI/TITOR:		DNI, NIF ou NIE:	
OCUPACIÓN:		HORARIO LABORAL:	
Nº SEGURIDADE SOCIAL:		MUTUA OU ASEGURADORA:	
DOMICILIO:		Nº	PORTAL:
ESCALEIRA	ANDAR:	PORTA:	CP:
MUNICIPIO		PROVINCIA	
TFNO. MÓBIL:	TFNO. CASA:	TFNO. TRABALLO:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
Sinatura do pai:			

FICHA MÉDICA		
¿Tomas algún medicamento?	¿Cal?	Indicar dose:
¿Tes alerxias?	¿Cales?	
¿Tes asma?	Observacións:	
¿Vomitas con frecuencia?		
¿Maréaste con frecuencia?		
¿Padeces Hemorraxias a miúdo?		
¿Tes convulsións?		
¿Tes as vacinas correspondentes a túa idade?		
¿Tes que seguir algún réxime?	Especificar	
¿Tes algunha discapacidade?	Especificar:	
Observacións:		