

## IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE MEDICACIÓN Y ALERGIAS

D/Dña. \_\_\_\_\_

con NIF \_\_\_\_\_ como padre / madre / tutor de:

\_\_\_\_\_ comunica a los educadores responsables de las actividades que se van a llevar a cabo en la ronda solar 20\_\_/20\_\_:

➤ **Sistema de Salud** al que pertenece: \_\_\_\_\_

	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?	TRATAMIENTO MÉDICO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

ALERGIAS

OBSEVACIONES

Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



**Asociación Grupo Scout San Pío X**

C/ Gilandario, 4  
30010 Murcia

C.I.F. G-30536015

Fdo: \_\_\_\_\_

Padre / madre o tutor del muchacho

Reg. Asociaciones Región de Murcia, nº4.838/1ª

Fecha 29-1-97