



FICHA MÉDICA

ENTRETUR

ENTRETUR :: LEG 9561 :: Villaguay 184 - CP 3100. Paraná, Entre Ríos. Tel (0343) 4315939 / 4234831 / WhatsApp 3436116589 / 3435790000 / estudiantil@entretur.tur.ar

COLEGIO:	<input type="text"/>	Nº CONTRATO:	<input type="text"/>
FECHA DE SALIDA:	<input type="text"/>	DESTINO:	<input type="text"/>
		Nº CLIENTE:	<input type="text"/>

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES:

DIRECCIÓN: LOCALIDAD:

DNI: TEL: C. POSTAL: FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DE MADRE/PADRE/TUTOR: TEL:

OTRO CONTACTO: TEL:

FICHA MÉDICA

Enfermedades que ha padecido o padece:

<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Afecciones de la nariz
<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Enuresis	<input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Resfrios	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Celíaco
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	

Otras: ¿Cuándo?

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

<input type="checkbox"/> Apendicitis ¿Cuándo?	OTRAS. ¿Cuáles? ¿Cuándo?
<input type="checkbox"/> Amígdalas ¿Cuándo?
<input type="checkbox"/> Bronquitis ¿Cuándo?

ALÉRGICO A: (Especificar en la línea de puntos)

<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Antibiótico
<input type="checkbox"/> Comidas	<input type="checkbox"/> Otros

¿Está tomando algún medicamento? SI NO ¿Cuál?

¿Sigue algún tratamiento? SI NO ¿Cuál?

¿Sigue alguna dieta especial? SI NO ¿Cuál? (Indicar patología)(Adjuntar indicación médica).....

Observaciones:

.....

Según mi leal conocimiento declaro que son verídicos todos los datos proporcionados. En caso de urgencia autorizo a la empresa a tomar las medidas necesarias para subsanar cualquier imprevisto relacionado con la salud de mi hijo/a.

.....

.....

Firma del Padre o Tutor Firma del Médico/Nº Matricula/Sello

NOTA: NO SE AUTORIZARÁ A PARTICIPAR DEL VIAJE AL ALUMNO QUE NO ENTREGUE ÉSTA FICHA FIRMADA Y SELLADA POR EL MÉDICO CON SU NÚMERO DE MATRÍCULA.

AUTORIZACIÓN DE VIAJE

En mi carácter de MADRE / PADRE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO (tachar la opción que no corresponda), con NOMBRE Y APELLIDO y D.N.I. Nº, AUTORIZO al menor/adolescente con NOMBRE Y APELLIDO y D.N.I. Nº a realizar el viaje contratado con la empresa ENTRETUR, teniendo como localidad de origen: y ciudad de destino: El viaje tendrá como fecha de inicio el día / / y su regreso será el día / /

.....
Firma del Padre o Tutor