



UOE 5º ESTOL

ASOCIACIÓN NACIONAL DE VETERANOS DE LA UNIDAD DE OPERACIONES
ESPECIALES DE INFANTERIA DE MARINA DE LA ARMADA ESPAÑOLA

Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones (RNA): Grupo 1º, Sección 1ª, Número Nacional 172108
NIF: G73317141

Apartado: 52 - San Pedro del Pinatar - 30740 MURCIA - ☎ 605088752

CUESTIONARIO MÉDICO – SANITARIO

Don/Doña _____, mayor
de edad, con DNI nº _____, con teléfono fijo nº _____
y teléfono móvil nº _____

(PARA MENORES): Como padre / madre / tutor del menor de nombre
_____, y con D.N.I.
nº _____, declara respecto al asistente a la actividad que:

a) Le han sido administradas las vacunas que le corresponden por su edad.
b) ¿Sufre algún proceso alérgico, o es alérgico a algún medicamento y/o picadura
de insecto? Si No Cual/es:

c) ¿Sigue algún tratamiento, dieta especial, o padece alguna enfermedad o pro-
blema (físico o psíquico) que precise atención especial? ... Si No Cual/es:

d) ¿Tiene que tomar algún medicamento? Si No Cual/es:

e) Otros datos u observaciones que conviene advertir:

El abajo firmante se hace responsable de la veracidad u omisión de los datos
declarados en este cuestionario.

Firma

En _____ a _____ de _____ de _____