

Carné de sanidad del estudiante

Enfermedades _____

Tel. del médico _____

Tel. del dentista _____

Padre/Tutor _____

Tel./Tel. móvil _____

Contacto N.º 2 _____

Tel./Tel móvil _____

Lugar de encuentro en caso de separación

Integrante de la familia

Nombre _____

Tel. móvil _____

Fecha nacim. ____ / ____ / ____

Color de cabello _____

Color de ojos _____

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) _____

Grupo sanguíneo ____ Alergias ____

Medicación de venta con receta _____

Enfermedades _____

Tel. de trabajo/escuela _____



Integrante de la familia

Nombre _____

Tel. móvil _____

Fecha nacim. ____ / ____ / ____

Color de cabello _____

Color de ojos _____

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) _____

Grupo sanguíneo ____ Alergias ____

Medicación de venta con receta _____

Enfermedades _____

Tel. de trabajo/escuela _____



Integrante de la familia

Nombre _____

Tel. móvil _____

Fecha nacim. ____ / ____ / ____

Color de cabello _____

Color de ojos _____

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) _____

Grupo sanguíneo ____ Alergias ____

Medicación de venta con receta _____

Enfermedades _____

Tel. de trabajo/escuela _____



Apellido: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Tarjeta de información para emergencias



Números telefónicos importantes

Contacto principal

Tel./Tel. móvil _____

Contacto N.º 2

Tel./Tel. móvil _____

Contacto fuera del estado

Tel./Tel. móvil _____

Números telefónicos importantes

Contacto fuera del estado N.º 2

Tel./Tel. móvil _____

Lugar de encuentro de la familia en caso de separación _____

Médico _____

Hospital _____

Pediatra _____

Dentista _____

Farmacéutico _____

Seguro de atención médica _____

Veterinaria/Perrera _____

Otros _____



Integrante de la familia

Nombre _____

Tel. móvil _____

Fecha nacim. ____ / ____ / ____

Color de cabello _____

Color de ojos _____

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) _____

Grupo sanguíneo ____ Alergias ____

Medicación de venta con receta _____

Enfermedades _____

Tel. de trabajo/escuela _____



Integrante de la familia

Nombre _____

Tel. móvil _____

Fecha nacim. ____ / ____ / ____

Color de cabello _____

Color de ojos _____

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) _____

Grupo sanguíneo ____ Alergias ____

Medicación de venta con receta _____

Enfermedades _____

Tel. de trabajo/escuela _____



Carné de sanidad del estudiante

Completar y separar. Guardar en mochila.

Nombre _____

Tel. móvil _____

Fecha nacim. ____ / ____ / ____

Color de cabello _____

Color de ojos _____

Características físicas únicas (por ej.: manchas de nacimiento) _____

Grupo sanguíneo ____ Alergias ____

Medicación de venta con receta _____

