NOMBRE DEL/LA PARTICIPANTE:

DATOS SANITARIOS (Muy importante)

¿TIENE ALGÚN TIPO DE **ALERGIA**? ☐ SI ☐ NO
¿A qué?:

¿Recibe tratamiento?: ☐ SI ☐ NO

¿Es incompatible con otras sustancias? ☐ SI ☐ NO
¿Con cual / es?

¿PADECE ALGUNA **ENFERMEDAD**? ☐ SI ☐ NO
¿Cual o cuales?:

¿Recibe tratamiento? ☐ SI ☐ NO

¿Es incompatible con otras sustancias? ☐ SI ☐ NO
¿Con cual o cuales?

¿NECESITA ALGÚN RÉGIMEN ESPECIAL DE **ALIMENTACIÓN**? ☐ SI ☐ NO
¿Cual?

OTROS DATOS DE INTERÉS: