

# COLONIA

## DE VERANO

### 2018



# FICHA DE INSCRIPCIÓN

CIUDAD DEPORTIVA



FOTO  
4X4

EDAD:

ESPACIO A COMPLETAR POR PERSONAL ADMINISTRATIVO

| TEMPORADA        | ENERO |    | FEBRERO |    | QUINCENA |    | SEMANA |    |
|------------------|-------|----|---------|----|----------|----|--------|----|
| JORNADA COMPLETA | JC    | MJ | JC      | MJ | JC       | MJ | JC     | MJ |
|                  |       |    |         |    |          |    |        |    |

## DATOS DEL NIÑO

(TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS NO SE ACEPTARÁN FICHAS INCOMPLETAS)

|   |  |
|---|--|
| APELLIDO  | NOMBRE   |
| NACIONALIDAD                                      | DOCUMENTO  |
| FECHA DE NACIMIENTO / /                           | E-MAIL   |
| SOCIO <input type="checkbox"/> NÚMERO DE SOCIO    | NO SOCIO <input type="checkbox"/> CONVENIO ESPECIAL <input type="checkbox"/> |
| SI ES SOCIO ¿QUÉ ACTIVIDAD REALIZA Y EN QUÉ SEDE? |  |

¿ASISTIÓ A NUESTRA COLONIA AÑOS ANTERIORES?  SI  NO  COLEGIO

¿CÓMO CONOCIÓ LOS SERVICIOS DE COLONIA CASLA?

FOLLETERIA  INTERNET  CONOCIDOS  OTROS

## DATOS FAMILIARES Y TELEFONOS DE CONTACTO

| PARENTESCO | APELLIDO | NOMBRE | TELÉFONO | PROFESIÓN | E-MAIL | ES SOCIO |
|------------|----------|--------|----------|-----------|--------|----------|
|            |          |        |          |           |        |          |
|            |          |        |          |           |        |          |
|            |          |        |          |           |        |          |
|            |          |        |          |           |        |          |

El niño/a posee alguna particularidad que sea necesaria tener en cuenta por el docente?(ej. Problemas de integración) \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE

En caso de existir una sentencia judicial o causa en curso que modifique o limite la tenencia del menor deberá notificarse a la institución con la **documentación respaldatoria correspondiente**. En caso contrario ambos padres podrán retirar a su hijo/a del establecimiento.

# COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL / SEGURO DE SALUD / MEDICINA PREPAGA

NÚMERO DE SOCIO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

## ¿ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ? (MARCAR CON UNA X)

SARAMPIÓN  VARICELA  OTITIS  CELIACO  ESCOLIOSIS  BRONCOESPASMOS   
TOS CONVULSIVA  BRONQUITIS  MENINGITIS  EPILEPSIA  RUBEOLA  TRASTORNOS PSICOLÓGICOS   
PAPERAS  HERNIAS  ASMA  CARDIOPATIAS  HEPATITIS  PROB. NEUROLÓGICOS   
ESCARLATINA  DIABETES  REUMATISMO  SINUSITIS

OTRAS: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: \_\_\_\_\_

TRAUMATISMOS / FRACTURAS: \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO?  NO  SÍ ¿A QUÉ? \_\_\_\_\_ ¿CÓMO LO EVITA? \_\_\_\_\_

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN?  NO  SÍ ¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN? \_\_\_\_\_

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? \_\_\_\_\_

¿TIENE TODAS LAS VACUNAS?  SÍ  NO ¿CUÁLES LE FALTAN? \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO

## APTO FÍSICO

ADJUNTO APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad, para ser presentado ante las autoridades del CASLA.

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ De 201 \_\_\_\_

Firma y Sello Medico

## AUTORIZACIONES

Autoriza a Colonia Casla y a su respectiva página web a exponer fotos de su hijo/a haciendo actividades.  SÍ  NO

Autoriza a trasladar con micro propio de la colonia al Polideportivo según la programación de actividades.  SÍ  NO

Esta autorizado a retirarse solo de la institución al terminar la Colonia?  SÍ  NO

Esta autorizado a quedarse en el club, buffet u otro lugar?  SÍ  NO

Esta autorizado a retirarse con un transportista particular?  SÍ  NO Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Autoriza al cuerpo médico a suministrarle al niño/a en caso de ser necesario, Ibuprofeno o Paracetamol, Según criterio médico?  SÍ  NO

Si utiliza micro gratis especificar: N° DE MICRO  PARADA CORRESPONDIENTE \_\_\_\_\_

Si utiliza el transporte de la institución ¿esta autorizado a retirarse solo desde la parada hasta el domicilio?  SÍ  NO

**NO SE ACEPTARAN SOBRES CON DINERO DE VIANDA DESPUÉS DE LAS 10HS.**

## AUTORIZACIONES EXTRAS (EL MENOR SOLO SE PODRÁ RETIRAR CON...)

| APELLIDO | NOMBRE | DNI | TELÉFONO |
|----------|--------|-----|----------|
|          |        |     |          |
|          |        |     |          |
|          |        |     |          |
|          |        |     |          |

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica y de inscripción tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin apto no se puede comenzar la colonia.

FIRMA

ACLARACIÓN

DOCUMENTO