



COLONIA DE VERANO

FICHA DE INSCRIPCIÓN

- CIUDAD DEPORTIVA -



FOTO
4X4

EDAD:

ESPACIO A COMPLETAR POR PERSONAL ADMINISTRATIVO

TEMPORADA 02/01/19 al 28/02/19	ENERO 02/01/19 al 31/01/19		FEBRERO 01/02/19 al 28/02/18		QUINCENA 02 al 16/01 - 17 al 31/01 01 al 14/02 - 15 al 28/02		SEMANA	
	JC	MJ	JC	MJ	JC	MJ	JC	MJ
JORNADA COMPLETA								

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?

(TACHE LO QUE NO CORRESPONDE)

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

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 ACEPTAN SOBRES CON DINERO DE VIANDA DESPUES DE LAS 10 HS

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

APELLIDO	NOMBRE	VINCULO	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 DEL PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN

DOCUMENTO