

DATOS PERSONALES

NOMBRE: APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD: DNI:

DIRECCION: Nº: Piso/Casi:

LOCALIDAD: C.P. TEL:

JARDIN / COLEGIO: Grado o Sala en Curso:

MAIL:

MAIL:
el mail lo utilizaremos para la comunicaci3n y notificaci3n de los distintos eventos

Nombre y Apellido de la madre: DNI: CEL:

Nombre y Apellido del padre: DNI: CEL:

ACTIVIDAD QUE REALIZA: Colonia (de 3 a 16 a3os)

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJO

NOMBRE Y APELLIDO:	DNI:	VINCULO:
NOMBRE Y APELLIDO:	DNI:	VINCULO:
NOMBRE Y APELLIDO:	DNI:	VINCULO:
NOMBRE Y APELLIDO:	DNI:	VINCULO:

FICHA DE SALUD

OBRA SOCIAL TITULAR: Nº AFILIADO:

Grupo sangu3neo: Factor RH: Altura: Peso:

SI - NO ¿Tiene algun impedimento para la realizaci3n de actividad f3sica? ¿Cual?

SI - NO ¿Es alergico/a? especificar a que:

SI - NO ¿Se encuentra bajo tratamiento medico? ¿cu3l?

SI - NO ¿Toma regularmente alguna medicaci3n? Especificar :

SI - NO ¿Es diabetico/a?

SI - NO ¿Presenta problemas cardiologicos o quirurgicos?

SI - NO ¿Presenta problemas respiratorios? (asma, bronco espasmos, etc.)

SI - NO ¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones?

SI - NO ¿Presenta alguna limitaci3n de orden auditivo, visual, motor o cognitivo, etc.? ¿Cual?

DEJE CONSTANCIA DE CUALQUIER INDICACION QUE CONSIDERE NECESARIO DEBAN CONOCER LOS PROFESORES (Aspectos psicol3gicos, problemas de conducta, trastornos, enfermedad cronica etc.)

.....

.....

AUTORIZACION

- * Seg3n mi leal conocimiento, declaro que son ver3dicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario.
- * Certifico que mi hijo/a se encuentra apto para realizar todas las actividades deportivas y Recreativas que se organizan en Los Horneros dentro y fuera del mismo, adjunt3ndose a esta ficha el certificado m3dico que acredite la apto f3sico y me comprometo a poner en su conocimiento cualquier modificaci3n de salud que pueda alterar su desarrollo normal en las actividades deportivas y recreativas a desarrollarse .
- * Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha de salud
- * Autorizo que mi hijo sea atendido por el servicio medico SI - NO
- * Autorizo a ingresar su imagen en el facebook de la Colo y la Recreaci3n de Los Horneros SI - NO
- * Autorio a mi hijo a retirarse SOLO de la actividad. SI - NO

.....
Fecha

.....
Nombre y apellido madre / padre

.....
Firma

