



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 comunicación y notificación 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 años)	

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 sanguíneo: Factor RH: Altura: Peso:

- SI - NO ¿Tiene algun impedimento para la realización de actividad física? ¿Cuál?
- SI - NO ¿Es alergico/a? especificar a que:
- SI - NO ¿Se encuentra bajo tratamiento medico? ¿cuál?
- SI - NO ¿Toma regularmente alguna medicación? 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 consulsiones?
- SI - NO ¿Presenta alguna limitación de orden auditivo, visual, motor o cognitivo, etc.? ¿Cuál?

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

AUTORIZACION

- * Según mi leal conocimiento, declaro que son verídicos 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, adjuntándose a esta ficha el certificado médico que acredite la apto fisico y me comprometo a poner en su conocimiento cualquier modificación 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 Recreacion de Los Horneros SI - NO

*Autorizo a mi hijo a retirarse SOLO de la actividad. SI - NO

.....
 Fecha
 Nombre y apellido madre / padre

 Firma

