



FICHA DE INSCRIPCIÓN 2022-2023

| DATOS PERSONALES DEL COLONO | | | |
|-----------------------------|------------|----------|--|
| Nombre y Apellido | | | |
| Fecha de Nacimiento | | Edad | |
| D.N.I. | | Teléfono | |
| Colegio | | | |
| Realiza Deporte | Deporte/s: | | |
| Institución/Club | | | |
| Domicilio | | | |
| Mail | | | |

| DATOS DE PADRE / MADRE / TUTOR | |
|--------------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Lugar de Trabajo | |
| Sector | |
| Teléfono | |
| Mail | |

| TELÉFONOS A LOS QUE PODEMOS RECURRIR | |
|--------------------------------------|--|
| Nombre y Apellido | |
| Parentesco | |
| Teléfono | |

| OTROS DATOS | | | | | |
|---|-----------|---------|---------|---------|---------|
| Períodos que contrata | Diciembre | 1º Sem. | | | |
| | Enero | 1º Sem. | 2º Sem. | 3º Sem. | 4º Sem. |
| | Febrero | 1º Sem. | 2º Sem. | 3º Sem. | 4º Sem. |
| ¿Contrata una empresa de transporte? | SI | ¿Cuál?: | | | |
| | NO | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| VALOR (\$) | | | | | |
| FIRMA AUTORIZADA | | | | | |



FICHA MEDICA

APELLIDO: **NOMBRE:**

DNI: **FECHA DE NACIMIENTO:**

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR:

DOMICILIO: **TELÉFONO:**

EN CASO DE NECESIDAD AVISAR A:

DOMICILIO: **TELÉFONO:**

HISTORIA CLÍNICA

OBRA SOCIAL: **Nº**

ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA:

Sarampión: SI – NO
Hepatitis: SI – NO
Paperas: SI – NO
Poliomelitis: SI – NO
Tos convulsa: SI – NO
Varicela: SI – NO
Escarlatina: SI – NO
6ta. Eruptiva: SI – NO
Rubeola: SI – NO
Epilepsia: SI – NO
Sinusitis: SI – NO
Otras:

ENFERMEDADES QUE PADECE O A LAS QUE ES PROPENSO:

Asma: SI – NO
Bronquitis: SI – NO
Resfrío: SI – NO
Afecciones del oído: SI – NO
Afecciones de la nariz: SI – NO
Afecciones de los ojos: SI – NO
Convulsiones: SI – NO
Sonambulismo: SI – NO
Desmayos: SI – NO
Constipación: SI – NO
Otras:

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS (ÚLTIMA FECHA) • INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Antitetánica: ___ / ___ / ____

Antidiftérica: ___ / ___ / ____

Antivariólica: ___ / ___ / ____

Antipoliomielítica: ___ / ___ / ____

Antituberculosa: ___ / ___ / ____

Antiofídica: ___ / ___ / ____

Antitífica: ___ / ___ / ____

Apendicitis: SI – NO

Amigdalitis: SI – NO

Hernia: SI – NO

Otras:



ES ALÉRGICO A:

Comidas
Medicamentos
Antibióticos
Picaduras de insectos
Polvo, polen

ACCIDENTES TRAUMATOLÓGICOS:

Esguinces: SI – NO
Fracturas: SI – NO
Otros:

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?

.....

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?

.....

¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? SI – NO

¿Tiene antecedentes de problemas de altura? SI – NO

¿Sigue algún régimen especial alimenticio (médico)? ¿Cuál?

.....

SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.

FECHA: ___ / ___ / _____