



FICHA DE INSCRIPCIÓN - INVIERNO 2024

DATOS PERSONALES DEL COLONO			
Nombre y Apellido			
Fecha de Nacimiento		Edad	
D.N.I.		Teléfono	
Domicilio			
¿Realiza algún deporte?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	- ¿Cuál?:

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	JULIO	<input type="checkbox"/> 1º Sem.	<input type="checkbox"/> 2º Sem.
¿Contrata servicio de transporte?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI - ¿Cuál?:	
¿Contrata servicio de natatorio?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
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:

ENFERMEDADES QUE PADECE O A LAS QUE ES PROPENSO:

Sarampión: SI – NO

Asma: SI – NO

Hepatitis: SI – NO

Bronquitis: SI – NO

Paperas: SI – NO

Resfrío: SI – NO

Polioemelitis: SI – NO

Afecciones del oído: SI – NO

Tos convulsa: SI – NO

Afecciones de la nariz: SI – NO

Varicela: SI – NO

Afecciones de los ojos: SI – NO

Escarlatina: SI – NO

Convulsiones: SI – NO

6ta. Eruptiva: SI – NO

Sonambulismo: SI – NO

Rubeola: SI – NO

Desmayos: SI – NO

Epilepsia: SI – NO

Constipación: SI – NO

Sinusitis: SI – NO

Otras:

Otras:

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS (ÚLTIMA FECHA) • INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Antitetánica: ___ / ___ / ____

Apendicitis: SI – NO

Antidiftérica: ___ / ___ / ____

Amigdalitis: SI – NO

Antivariólica: ___ / ___ / ____

Hernia: SI – NO

Antipoliomielítica: ___ / ___ / ____

Otras:

Antituberculosa: ___ / ___ / ____

Antiofídica: ___ / ___ / ____

Antitífica: ___ / ___ / ____

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: ___ / ___ / _____

