



FICHA DE INSCRIPCIÓN 2023-2024

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
Modalidad (redondear lo que corresponda)	Jornada Completa	Turno mañana c/a Turno Mañana s/a		Turno tarde c/a Turno tarde s/a	
Transporte (redondear lo que corresponda)	SI		NO		
Observaciones					
PRESUPUESTO 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: ____ / ____ / ____