

INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombre:

Dni:

Edad: Fecha de nacimiento:

Nº Socio/a:

FORMAS DE PAGO

TARJETA CREDITO	OTRO
--------------------	------

MODALIDADES

Marcar con una x la opción seleccionada.

Vacaciones de invierno

Quincena completa	<input type="checkbox"/>
1° semana	<input type="checkbox"/>
2° semana	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

El martes 18/7, la colonia se realizará en la sede social, el ingreso y egreso será en 53 e/ 7 y 8, a las 8hs a las 14hs.

El martes 25/7, la colonia se realizará en el country, los niños suben y bajan del transporte en 1 y 55, a las 8hs a las 14hs.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido y Nombre de Padre o Tutor:

Apellido y Nombre de Madre o Tutora:

Domicilio particular:

Domicilio alternativo, en caso de necesidad:

Teléfono alternativo:

Ce!. Padre o Tutor:

Ce!. Madre o Tutora:

AUTORIZADOS/AS A RETIRAR

Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:
Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:
Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:
Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:

AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMÁGENES

Por la presente presto/prestamos consentimiento y, en consecuencia, autorizamos para que nuestros/as hijos/as. _____, en el marco de las distintas piezas de comunicación elaboradas por el Club Estudiantes de La Plata, sea/n retratados en fotografías, filmes, videos y demás materiales de uso institucional.

La presente autorización comprende además el permiso para que las imágenes sean reproducidas por medios gráficos o fílmicos en papelería, catálogos, cartillas de prensa, afiches, folletos, películas, páginas web y todo otro medio gráfico y/o electrónico que utilice el Club Estudiantes de La Plata para su difusión institucional.

Esta autorización libera expresamente de responsabilidad al Club Estudiantes de La Plata y a sus autoridades por el uso que personas ajenas a la Institución pudieran hacer del material obtenido.

La Plata,

(Lugar y Fecha)

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

D.N.I.

Ficha Médica - Anexo 1

INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombres:

Edad:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

En caso de urgencia llamar a los teléfonos:

E-mail:

COVID-19

¿El inscripto/a tuvo Covid-19? **Sí** **No**

¿Algún familiar directo tuvo Covid-19? **Sí** **No**

PREGUNTAS DE INTERÉS

¿Tiene hermanos?: ¿Cuántos?

Edades:

¿Realiza algún deporte? **Sí** **No**

¿Cuál?

¿En dónde?

Su salud general: ¿Es buena? **Sí** **No** Problemas frecuentes:

¿Come bien? **Sí** **No** ¿Sus digestiones son buenas?

¿Posee alguna dificultad motriz? ¿Cuál?

¿Duerme bien? **Sí** **No** ¿Posee hábitos de higiene?

Su estructura familiar: ¿está pasando por alguna circunstancia importante para el niño/a?

¿Cómo considera el carácter de su hijo/a? **Alegre** **Triste** **Reservado** **Comunicativo** **Dinámico**

Apático **Ordenado** **Desordenado** **Prudente** **Arriesgado** **Generoso** **Egoísta**

Agregue:

ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar por Padre, Madre o Responsable legal, marque lo que corresponda)

Problemas cardíacos: **Sí** **No**

Presión arterial elevada: **Sí** **No**

Obesidad: **Sí** **No**

Asma bronquial: **Sí** **No**

Pérdida de la conciencia: **Sí** **No**

Convulsiones: **Sí** **No**

Traumatismo de cráneo: **Sí** **No**

Diabetes: **Sí** **No**

Ficha Médica - Anexo 1

Apellido y Nombres:

EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO (DURANTE O DESPUÉS) HA PADECIDO ALGUNA VEZ:

Desmayos: Sí No
Mareos: Sí No
Dolor fuerte en el pecho: Sí No
Mayor cansancio que sus compañeros: Sí No
Palpitaciones: Sí No
Dificultades para respirar durante o después del ejercicio: Sí No
Afecciones auditivas: Sí No
Fracturas, luxaciones o lesiones ligamentales: Sí No
Cirugías: Sí No
Internaciones: Sí No
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses: Sí No
Alergias: Sí No
Alergias a algún medicamento: Sí No
Tos crónica: Sí No
Problemas de piel: Sí No
Medicación habitual: Sí No
¿Usa anteojos?: Sí No
Vacunación completa: Sí No

En caso afirmativo, detallar:

ANTECEDENTES FAMILIARES

Muerte súbita en familiar directo en menores de 50 años: Sí No
Problemas cardíacos: Sí No
Presión arterial elevada: Sí No
Obesidad: Sí No
Diabetes: Sí No
Colesterol elevado: Sí No
Tos crónica: Sí No
En caso afirmativo, detallar:

Por la presente afirmo que, dentro de mi conocimiento y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Firma del Padre, Madre
o Responsable legal

Aclaración

/ /
Fecha

Examen Físico - Anexo 2

Debe ser completado por el Médico de cabecera y entregar el primer día

Apellido y Nombres:

Médico de cabecera:

ANAMNESIS:

En relación con la actividad física, ha padecido alguna vez:

Desmayos: Sí No

Mareos: Sí No

Dolor fuerte en el pecho: Sí No

Mayor cansancio que sus compañeros: Sí No

Palpitaciones: Sí No

Dificultades para respirar durante o después del ejercicio: Sí No

EXÁMEN ANTROPOMÉTRICO:

Peso: (Pe) Talla: (Pe) IMC: (Pe)

EXÁMEN CARDIOVASCULAR:

Inspección:

Auscultación:

FC:

TA:

Pulsos humerales:

Pulsos femorales:

(Pe)

EXÁMEN RESPIRATORIO:

Inspección:

Auscultación:

PIEL Y ANEXOS:

Inspección:

Observaciones (detallar hallazgos):

Firma y sello del Médico

Lugar

/ /
Fecha