

**INSCRIPCIÓN COLONIA  
DEPORTIVA DE VERANO 2023/24**



EDAD	GRADO O SALA A CURSAR EN 2024

MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO COMPLETO
<b>TEMPORADA</b>			
<b>DICIEMBRE</b>			
<b>ENERO</b>			
<b>FEBRERO</b>			

<b>PRE-HORA</b>	
-----------------	--

<b>DATOS DEL COLONO</b>	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	DOMICILIO

<b>DATOS PADRES</b>	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

<b>INGRESO Y EGRESO DE LA COLONIA</b>					
¿CONCURRE EN MICRO?	SÍ	NO	¿SE RETIRA EN MICRO?	SÍ	NO
¿SE RETIRA SOLO?	SÍ	NO			

<b>PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO</b>			
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

Declaro que los datos son consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/o a concurrir a la colonia deportiva de verano 2023/24 y a disponer de las imágenes obtenidas tanto en material filmico como en material fotográfico durante la colonia con fines institucionales.

FIRMA MADRE	
DNI	ACLARACIÓN

FIRMA PADRE	
DNI	ACLARACIÓN

DECLARACIÓN JURADA  
ESTADO DE SALUD



<b>DATOS DEL COLONO</b>	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO A CURSAR
	DOMICILIO		
<b>DATOS PADRES</b>	NOMBRE Y APELLIDO MADRE		NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI		DNI
	TEL		TEL
	MAIL		MAIL

¿Puede hacer natación y deportes? \_\_\_\_\_

¿Sufre algún trastorno de salud? \_\_\_\_\_

¿Tomo medicamentos bajo un tratamiento a largo plazo? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento, picaduras, comida, etc? \_\_\_\_\_

¿Cómo se manifiesta la alergia? \_\_\_\_\_ Medicación \_\_\_\_\_

Obra Social/Prepaga \_\_\_\_\_ Nº Afiliado \_\_\_\_\_

Posee certificado único de discapacidad? SI - NO

Completar en caso de tener CUD: \_\_\_\_\_

Diagnóstico como figura en el CUD: \_\_\_\_\_

Tipo de discapacidad (Física, Motriz, Intelectual, Mental, Psicosocial, Múltiple, Sensorial, Visual, Auditiva)

Especifique: \_\_\_\_\_

Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

**DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

AUTORIZANDO por la presente (en caso de EMERGENCIA) a actuar según lo dispongan los PROFESIONALES MÉDICOS del servicio de emergencia médica de la Institución.

De ser necesario trasladarlo a: \_\_\_\_\_

En caso de no aceptar el servicio de Emergencia Médica, la familia será responsable de la atención y traslado del niño.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE/ MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN

DNI