

VERANO ACTIVO 2022

FICHA DE MÉDICA

Región de Educación:

SEDE:

APELLIDO/S DEL ALUMNO/A: NOMBRE/S:

DNI.: FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

NOMBRE, APELLIDO Y TELEFONO DEL PADRE:

NOMBRE, APELLIDO Y TELEFONO DE LA MADRE:

TELEFONO/S ALTERNATIVOS Y RELACION:

PARA COMPLETAR POR EL PADRE MADRE O TUTOR:

¿Recibe algún tratamiento médico? (SI/NO)

¿Cuál?.....

¿Está tomando algún medicamento? (SI/NO)

¿Cuál?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? En caso afirmativo, indique cuál es la causa y describa cuáles son sus manifestaciones.....

¿Padece algún trastorno crónico? (SI/NO)

¿Cuál?.....

¿Tuvo alguna operación? (SI/NO) ¿Cuál?.....

¿Alguna indicación específica para las actividades físicas?.....

¿Le fue aplicada la vacuna antitetánica? (SI/NO)

¿Le fue aplicada la vacuna COVID? (SI/NO)

AUTORIZACION

PARA SER CUMPLIMENTADO POR LOS PADRES

Dejo constancia que autorizo a mi hijo/a..... a participar de las clases de la

COLONIA DE VACACIONES DE a desarrollarse los días y

horarios siguientes: en el

predio de Asimismo me hago responsable del control

periódico de salud y notificaré a la Colonia cualquier anomalía que se presente. - Me comprometo a entregar a la organización

de la colonia el certificado médico en el plazo de 7 días del inicio de actividades. -

IMPORTANTE: En caso de urgencia notificar a (nombre y teléfonos)

Para una mejor atención solicito que mi hijo/a sea trasladado a:

Domicilio: Teléfono: