



# MUNICIPALIDAD DE BERAZATEGUI

## Capital Nacional del Vidrio

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y COMUNITARIO  
DIRECCION DE RECREACION Y TURISMO SOCIOCOMUNITARIO  
Complejo "Los Privilegiados" 156 y 50 de Plátanos – teléfono 4215-3029  
Facebook: Recreación. Municipalidaddeberazategui

### NATACION 2016

Apellido y nombre \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio Real \_\_\_\_\_ TE \_\_\_\_\_  
POR UNA URGENCIA AVISAR A: DOMICILIO \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ TE \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### FICHA MEDICA

#### TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA

>Enfermedades óseo articulares (si) (no) >Convulsiones (si) (no) >Desmayos (si) (no) >Fobias (si) (no) >Eruptivas (si) (no) >Hepatitis (si) (no) >Enfermedades cardiovasculares (si) (no) >Chagas (si) (no) >Alergias (si) (no) ¿ A que? \_\_\_\_\_

¿Recibe tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Otras? \_\_\_\_\_

¿TOMA MEDICACIÓN PERMANENTE? SI NO ¿PARA QUÉ? \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_ ACLARAR

HORARIOS Y DOSIS \_\_\_\_\_

#### VACUNACIÓN (ENCERRAR lo que corresponde)

Calendario de Vacunación completo: SI / NO

### AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a participar de las clases de natación en el "Complejo Recreativo Los Privilegiados", sito en calle 156 y 50 de Plátanos, Berazategui. Me notifico que tanto el traslado hasta dicho predio como el regreso a los hogares de los Niños es exclusiva responsabilidad de los señores padres.

Así mismo autorizo a que mi hijo sea asistido por un médico y en caso de ser necesario sea trasladado a una Unidad Sanitaria o al Hospital Evita Pueblo.

\*La presente información suministrada, reviste en carácter de Declaración Jurada, por lo que la Municipalidad de Berazategui como los Organizadores de la actividad de Natación quedan eximidos de cualquier tipo de Responsabilidad frente a eventuales que sufra el niño/a ocasionada por enfermedad y/o afección que ya padeciera al momento de la suscripción de la presente y no se haya declarado o que sufriera con posterioridad y no se de aviso en forma fehaciente por parte del Padre/Madre o Tutor legal.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN Y NÚMERO DE DOCUMENTO

### REVISACION MEDICA

PEDICULOSIS SI NO MICOSIS SI NO CARIES SI NO OTRAS \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO \_\_\_\_\_