

Natación 2017



NOMBRE Y APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO
EDAD	DNI	ESCUELA
DOMICILIO REAL	TELÉFONO	EMAIL

+ ANTE UNA **URGENCIA** COMUNICARSE CON

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	DOMICILIO	TELÉFONO
-------------------	------------	-----------	----------

FICHA MÉDICA **MARCAR SEGÚN CORRESPONDA**

	SÍ	NO		SÍ	NO
Enfermedades óseo-articulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eruptivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fobias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	► ¿A qué?		

¿Recibe tratamiento?

¿Otras?

¿Toma medicación permanente? sí NO ¿Para qué?

¿Cuál? Horarios y dosis:

VACUNACIÓN Calendario de Vacunación completo Sí NO

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo/a _____ a participar de las clases de natación en el Complejo Recreativo Los Privilegiados, ubicado en calle 156 y 50, de Plátanos. Me notifico de que tanto el traslado hasta dicho predio como el regreso a los hogares de los niños es exclusiva responsabilidad de los señores padres. Autorizo a que mi hijo sea asistido por un médico y, en caso de ser necesario, sea trasladado a un Centro de Atención Primaria de Salud (C.A.P.S.) o al hospital Evita Pueblo.

* La información suministrada reviste el 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 eventualidades que sufra el niño/a ocasionadas por enfermedad y/o afección que ya padeciera al momento de la firma de este documento y no se haya declarado; o que sufriera con posterioridad y no se dé aviso en forma fehaciente por parte del padre/madre o tutor legal.

FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN

DNI

REVISACIÓN MÉDICA

	SÍ	NO		SÍ	NO	
Pediculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIRMA DEL MÉDICO _____
Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	