ESCUELAS DEPORTIVAS DE VERANO

Secretaría de Deportes

Ficha de inscripción

INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombre:

Dni:

Edad: Fecha de nacimiento:

N° Socio/a:

MODALIDADES

Seleccionar el servicio que desea.

	M.C. (Mes completo) 1Q. (Primer Quincena) 2Q. (Segunda Quincena)	M.C.	1Q.	2Q.
Diciembre	Jornada Matutina			☐
	Jornada Vespertina			☐
Enero	Jornada Matutina	☐	☐	☐
	Jornada Vespertina	☐	☐	☐
Febrero	Jornada Matutina	☐	☐	☐
	Jornada Vespertina	☐	☐	☐

PROTOCOLO GRUPO DE RIESGO COVID-19

Aquellos niños/as que deseen inscribirse y formen parte del grupo de riesgo anexado en la ficha médica, deberán presentar junto con el certificado, una autorización firmada por el Profesional donde quede asentado que puede realizar la actividad sin riesgos y consten todas las especificaciones y responsabilidades.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido y Nombre de Padre o Tutor: Cel. Padre o Tutor:

Apellido y Nombre de Madre o Tutora: Cel. Madre o Tutor:

Domicilio particular:

Domicilio alternativo, en caso de necesidad:

Teléfono alternativo:

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:

....

Firma del Padre, Madre o Tutor Aclaración D.N.I.

ESCUELAS DEPORTIVAS DE VERANO

Secretaría de Deportes

Ficha de inscripción

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 ☐

ESCUELAS DEPORTIVAS DE VERANO

Secretaría de Deportes

Ficha de inscripción

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