

**INSCRIPCIÓN COLONIA
DEPORTIVA DE VERANO 2018/19**



Vélez Sarsfield
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

CARNET COLONIA	EDAD	FECHA DE INSCRIPCIÓN

PRE-HORA	MEDIO TURNO	TURNO	Marque con una cruz donde corresponda							
TEMPORADA			Mes	Quincena		Semana				
DICIEMBRE										4°
ENERO				1°	2°	1°	2°	3°	4°	
FEBRERO				1°	2°	1°	2°	3°	4°	

PRE HORA	
----------	--

DATOS DEL COLONO	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO A CURSAR
	DOMICILIO		

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	
	TEL	

INGRESO Y EGRESO DE LA COLONIA	
¿CONCURRE EN MICRO?	¿SE RETIRA EN MICRO?
CHOFER:	

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

Declaro que los datos son consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/a a concurrir a la colonia deportiva de verano 2018/19 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

FICHA MÉDICA
COLONIA DE VERANO



Vélez Sarsfield
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

DATOS DEL COLONO	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO A CURSAR
	DOMICILIO		

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	
	TEL	

¿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 _____

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