

**Ficha de Inscripción - Colonia de Vacaciones 2019**  
**Escuela de Arte Municipal**

**MES:** ENE  FEB  **QUINCENA:** 1º  2º

**JORNADA:** 08:00 hs. a 12:00 hs.

Nº de Inscripción: .....  
 Apellido y Nombres: .....  
 Edad: .....  
 Fecha de Nacimiento: ..... Número de Documento: .....  
 Apellido y Nombre del Padre, Madre o Tutor: .....  
 Domicilio particular: ..... Cel. Padre o tutor: .....  
 Domicilio alternativo, en caso de necesidad: .....  
 Teléfono alternativo: ..... Autorizados a retirar: .....

¿Concurrió a Colonias? Sí  No  ¿Concurrió a Campamento? Sí  No   
 ¿Tiene hermanos?: ¿Cuántos? ..... Edades: .....  
 ¿Juega con ellos? Sí  No   
 ¿Tiene amigos? Sí  No  ¿Juega con ellos? Sí  No   
 ¿Tiene hermanos en la Colonia? Sí  No  Nombres: .....  
 Grado que cursa: ..... Colegio: .....  
 ¿Cómo se enteró de la Colonia? .....  
 ¿Cómo considera el carácter de su hijo? Alegre  Triste  Reservado  Comunicativo  Dinámico   
 Apático  Ordenado  Desordenado  Prudente  Arriesgado  Generoso  Egoísta   
 Agregue: .....

¿Posee alguna dificultad motriz? ¿Cuál? .....  
 Su salud general: ¿Es buena? Sí  No  Problemas frecuentes: .....  
 ¿Come bien? Sí  No  ¿Sus digestiones son buenas? .....  
 ¿Duerme bien? Sí  No  ¿Posee hábitos de higiene? .....  
 ¿Realiza algún deporte? Sí  No  ¿Cuál? .....  
 ¿Tiene experiencia en natación? Sí  NO   
 Mete la cabeza  Flota  Desplazamiento autónomo en parte profunda

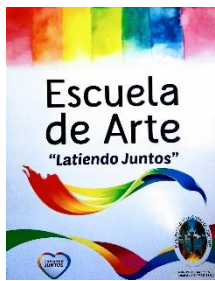
Su estructura familiar: ¿está pasando por alguna circunstancia importante para el niño? .....

Autorizo a mi hijo/a a participar de las actividades de la colonia de vacaciones organizadas por la Escuela de Arte Municipal.  
 Los datos aquí vertidos tienen carácter de Declaración Jurada.

.....  
 Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
 Aclaración

.....  
 D.N.I.



## Ficha Médica

Apellido y Nombres: .....  
Edad: ..... DNI: .....  
Dirección: ..... Teléfono: .....  
En caso de urgencia llamar a los teléfonos: .....  
E-mail: .....

La siguiente información es de suma importancia.

### ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar por Padre, Madre o Responsable legal, marque lo que corresponda)

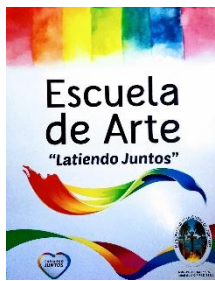
Problemas cardíacos: Sí  No   
Presión arterial elevada: Sí  No   
Obesidad: Sí  No   
Asma bronquial: Sí  No   
Pérdida de la conciencia: Sí  No   
Convulsiones: Sí  No   
Traumatismo de cráneo: Sí  No   
Diabetes: Sí  No

### 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:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



---

## Ficha Médica

---

### 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