

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: martina cazcarraNombre del Padre/Madre/Tutor: silvina legryDirección: poratti 1887 Teléfono: 2317538159**Destino: Encuentro Diocesano de Prejuveniles 2025 – Florentino Ameghino.****Marcar con x lo que corresponda**1. ¿Es alérgico? Sí No (Si sí, indicar a qué): _____

2. En los últimos 30 días ha sufrido:

 Procesos inflamatorios Fracturas o esguinces Enfermedades infectocontagiosas Otras: _____3. ¿Toma alguna medicación? Sí No (Si la respuesta es "sí", indicar cuál):
_____4. Otras indicaciones para el personal médico:

5. Marque lo que corresponda:

 Problemas de vista Problemas auditivos Problemas motrices
Especificar: _____6. ¿Tiene Obra Social? Sí No (Si, adjuntar copia del carnet)

Declaro que la información consignada es correcta y autorizo a actuar en caso de emergencia.

Firma Padre/Madre/Tutor: _____ DNI: 27008027