

PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: MAIA AINHOA PETEAN

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Jessica Romina Esper

Dirección: ESPAÑA 930 Teléfono: 2355 47 8024

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: 33104892.