

PLANILLA DE SALUD

Nombre del joven: Franco Agustín Segal

Nombre del Padre/Madre/Tutor: Mariana bastourre

Dirección: Gorostiaga 1780 Teléfono:

Destino: Encuentro Diocesano de Prejuveniles 2025 – Florentino _____

Ameghino.

Marcar con x lo que corresponda

1. ¿Es alérgico? Sí No (Sí, indicar a qué): _____

2. En los últimos 30 días has 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: 29.248.574 _____