

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: Hectora Bodrioue ZNombre del Padre/Madre/Tutor: Lucia CUBERNAZATDirección: BECONQUISTA 450 Teléfono: 2355646501**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: No3. ¿Toma alguna medicación? Sí No (Si la respuesta es "sí", indicar cuál):

4. Otras indicaciones para el personal médico:

No

5. Marque lo que corresponda:

 Problemas de vista Problemas auditivos Problemas motrices
Especificar: NADA6. ¿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: [Firma] DNI: 34548547