

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: MELÉEO ASTOBIZA RENATANombre del Padre/Madre/Tutor: ASTOBIZA HUAYRA ANA HIDirección: ALÉM 1044 Teléfono: 2358402567**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: NINGUNA3. ¿Toma alguna medicación? Sí No (Si la respuesta es "sí", indicar cuál):

4. Otras indicaciones para el personal médico:

NINGUNA

5. Marque lo que corresponda:

 Problemas de vista Problemas auditivos Problemas motrices
Especificar: NINGUNO6. ¿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: Huayra Astobiza DNI: 33 188 302