

PLANILLA DE SALUDNombre del joven: TOMÁS HANSEN LASCOMBES.Nombre del Padre/Madre/Tutor: MARÍA LASCOMBES C.Dirección: CHUBUT 110. Teléfono: 2355-644696.**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: NO 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: USA LENTES.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: mlc DNI: 29218223