



# Colonia Estudiantes

Secretaría de Deportes  
Ficha de inscripción

**COUNTRY CLUB**  
ESTUDIANTES DE LA PLATA

## INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombre:

Dni:

Edad: Fecha de nacimiento:

Nº Socio/a:

FORMAS DE PAGO

TARJETA  
CREDITO

OTRO

## MODALIDADES

Marcar con una x la opción seleccionada.

Diciembre	Jornada	{	Completa	2Q. <input type="checkbox"/>
		Vespertina	<input type="checkbox"/>	
Transporte	Con Transporte	<input type="checkbox"/>	M.C. 1Q. 2Q.	
	Sin Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Enero	Jornada	{	Completa	<input type="checkbox"/>
		Vespertina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Transporte	Con Transporte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M.C. 1Q. 2Q.	
	Sin Transporte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Febrero	Jornada	{	Completa	<input type="checkbox"/>
		Vespertina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Transporte	Con Transporte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	M.C. 1Q. 2Q.	
	Sin Transporte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

## Paradas de Micro

PARADAS	IDA	VUELTA
1y55		
1y72		
7y72		
7y60		
13y60		
19y60		
19y45		
Aeri*		
Plza. Italia		
7y38		
7y32		
Conserv.		
511 y Cent.		
501 y Cent.		

**IMPORTANTE**  
En Diciembre, jornada vespertina  
NO HAY TRANSPORTE

OBSERVACIONES

\*Solamente afiliados Aeri

\*M.C. = Mes Completo. 1Q.= Primer Quincena. 2Q. Segunda Quincena.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Apellido y Nombre de Padre o Tutor:

Cel. Padre o Tutor:

Apellido y Nombre de Madre o Tutora:

Cel. Madre o Tutor:

Domicilio particular:

Domicilio alternativo, en caso de necesidad:

Teléfono alternativo:

## AUTORIZADOS/AS A RETIRAR

Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:
Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:
Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:
Apellido y Nombre:	Dni:	Cel.:	Parentesco:



# Colonia Estudiantes

## Secretaría de Deportes

### Ficha de inscripción

# COUNTRY CLUB

ESTUDIANTES DE LA PLATA

## **AUTORIZACIÓN PARA DIFUSIÓN DE IMÁGENES**

Por la presente presto/prestamos consentimiento y, en consecuencia, autorizamos para que nuestros/as hijos/as , en el marco de las distintas piezas de comunicación elaboradas por el Club Estudiantes de La Plata, sea/n retratados en fotografías, filmes, videos y demás materiales de uso institucional.

La presente autorización comprende además el permiso para que las imágenes sean reproducidas por medios gráficos o fílmicos en papelería, catálogos, cartillas de prensa, afiches, folletos, películas, páginas web y todo otro medio gráfico y/o electrónico que utilice el Club Estudiantes de La Plata para su difusión institucional.

Esta autorización libera expresamente de responsabilidad al Club Estudiantes de La Plata y a sus autoridades por el uso que personas ajena a la Institución pudieran hacer del material obtenido.

La Plata,  
-----  
(Lugar y Fecha)

Firma del Padre, Madre o Tutor

## Aclaración

D.N.I.



# Colonia Estudiantes

Secretaría de Deportes  
Ficha de inscripción

COUNTRY CLUB  
ESTUDIANTES DE LA PLATA

## Ficha Médica - Anexo 1

### INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombres:

Edad:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

En caso de urgencia llamar a los teléfonos:

E-mail:

### COVID-19

¿El inscripto/a tuvo Covid-19?      Sí      No

¿Algún familiar directo tuvo Covid-19?      Sí      No

### PREGUNTAS DE INTERÉS

¿Tiene hermanos?: ¿Cuántos?      Edades:

¿Realiza algún deporte?      Sí      No      ¿Cuál?      ¿En dónde?

Su salud general: ¿Es buena?      Sí      No      Problemas frecuentes:

¿Come bien?      Sí      No      ¿Sus digestiones son buenas?

¿Posee alguna dificultad motriz? ¿Cuál?

¿Duerme bien?      Sí      No      ¿Posee hábitos de higiene?

Su estructura familiar: ¿está pasando por alguna circunstancia importante para el niño/a?

¿Cómo considera el carácter de su hijo/a?	Alegre	Triste	Reservado	Comunicativo	Dinámico	
Apático	Ordenado	Desordenado	Prudente	Arriesgado	Generoso	Egoísta

Agregue:

### ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar por Padre, Madre o Responsable legal, marque lo que corresponda)

Problemas cardíacos:      Sí      No

Presión arterial elevada:      Sí      No

Obesidad:      Sí      No

Asma bronquial:      Sí      No

Pérdida de la conciencia:      Sí      No

Convulsiones:      Sí      No

Traumatismo de cráneo:      Sí      No

Diabetes:      Sí      No



# Colonia Estudiantes

Secretaría de Deportes  
Ficha de inscripción

COUNTRY CLUB  
ESTUDIANTES DE LA PLATA

## Ficha Médica - Anexo 1

Apellido y Nombres:

---

**EN RELACIÓN CON EL EJERCICIO (DURANTE O DESPUÉS) HA PADECIDO ALGUNA VEZ:**

---

Desmayos: Sí No

Mareos: Sí No

Dolor fuerte en el pecho: Sí No

Mayor cansancio que sus compañeros: Sí No

Palpitaciones: Sí No

Dificultades para respirar durante o después del ejercicio: Sí No

Afecciones auditivas: Sí No

Fracturas, luxaciones o lesiones ligamentales: Sí No

Cirugías: Sí No

Internaciones: Sí No

En caso afirmativo, detallar:

Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses: Sí No

Alergias: Sí No

Alergias a algún medicamento: Sí No

Tos crónica: Sí No

Problemas de piel: Sí No

Medicación habitual: Sí No

¿Usa anteojos?: Sí No

Vacunación completa: Sí No

---

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

---

Muerte súbita en familiar directo en menores de 50 años: Sí No

Problemas cardíacos: Sí No

Presión arterial elevada: Sí No

Obesidad: Sí No

Diabetes: Sí No

Colesterol elevado: Sí No

Tos crónica: Sí No

En caso afirmativo, detallar:

Por la presente afirma que, dentro de mi conocimiento y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

.....  
Firma del Padre, Madre  
o Responsable legal

.....  
Aclaración

..... / .....  
Fecha



## Examen Físico - Anexo 2

**Debe ser completado por el Médico de cabecera y entregar el primer día**

Apellido y Nombres:

Médico de cabecera:

### ANAMNESIS:

En relación con la actividad física, ha padecido alguna vez:

Desmayos: Sí      No

Mareos: Sí      No

Dolor fuerte en el pecho: Sí      No

Mayor cansancio que sus compañeros: Sí      No

Palpitaciones: Sí      No

Dificultades para respirar durante o después del ejercicio: Sí      No

### EXÁMEN ANTROPOMÉTRICO:

Peso: (Pc)      Talla: (Pc)      IMC: (Pc)

### EXÁMEN CARDIOVASCULAR:

Inspección:

Auscultación:

FC:

TA:

Pulsos humerales:

Pulsos femorales:

(Pc)

### EXÁMEN RESPIRATORIO:

Inspección:

Auscultación:

### PIEL Y ANEXOS:

Inspección:

Observaciones (detallar hallazgos):

.....

.....

..... / ..... / .....

Firma y sello del Médico

Lugar

Fecha