



## Ficha de Inscripción Colonia de Vacaciones 2016-2017 Secretaría de Deportes

MES: DIC  ENE  FEB  QUINCENA: 1º  2º

### IMPORTANTE

JORNADA: COMPLETA  MEDIA MATUTINA  MEDIA VESPERTINA

En el caso de media jornada matutina  
no hay transporte, **sin excepción**

TRANSPORTE  SUBE EN  BAJA EN

Nº Inscripción: .....

Apellido y Nombres: .....

Edad: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Número de Documento: .....

Apellido y Nombre del Padre, Madre o Tutor: .....

Domicilio particular: ..... Cel. Padre o Tutor: .....

Domicilio alternativo, en caso de necesidad: ..... Cel. Madre o Tutor: .....

Teléfono alternativo: ..... Autorizados a retirar: .....

¿Concurrió a Colonias? Sí  No

¿Concurrió a Campamento? Sí  No

¿Tiene hermanos?: ¿Cuántos? ..... Edades: .....

¿Juega con ellos? Sí  No

¿Tiene amigos? Sí  No  ¿Juega con ellos? Sí  No

¿Tiene hermanos en la Colonia? Sí  E-mail: ..... Nombres: .....

Grado que cursa: ..... Colegio: .....

¿Cómo se enteró de la Colonia? .....

¿Cómo considera el carácter de su hijo? Alegre  Triste  Reservado  Comunicativo  Dinámico

Apático  Ordenado  Desordenado  Prudente  Arriesgado  Generoso  Egoísta

Agregue: .....

¿Posee alguna dificultad motriz? ¿Cuál? .....

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

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

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

¿Realiza algún deporte? Sí  No  ¿Cuál? .....

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

Autorizo a mi hijo a ascender al micro de la Colonia en calle .....

Autorizo a mi hijo a descender del micro de la Colonia en calle .....

De no encontrarse la persona autorizada para retirarlo, ¿Ud. autoriza a que el mismo se traslade solo a su casa? Sí  No

En caso de contestar **NO**, el mismo será trasladado hasta la Sede del Club Estudiantes de La Plata, calle 53 Nº 620.



## Ficha Médica - Anexo 1

Secretaría de Deportes

Apellido y Nombres: .....

Edad: ..... DNI: .....

Dirección: ..... Teléfono: .....

En caso de urgencia llamar a los teléfonos: .....

E-mail: .....

La siguiente información es de suma importancia para el profesional que evaluará al colono durante el examen físico.

### 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

### 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

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

En caso afirmativo, detallar:

.....

.....

.....

.....



---

## Ficha Médica - Anexo 1

Secretaría de Deportes

---

Apellido y Nombres: .....

### 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

Secretaría de Deportes

---

Apellido y Nombres: .....

Se entrega el primer día de Colonia

Completar 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: ..... (Pc)

Pulsos humerales: .....

Pulsos femorales: .....

### EXÁMEN RESPIRATORIO:

Inspección: .....

Auscultación: .....

### PIEL Y ANEXOS:

Inspección: .....

Observaciones (detallar hallazgos): .....

.....

.....

/ /

Firma y sello del Médico

Lugar

Fecha



**COLONIA DE VACACIONES DEL CLUB ESTUDIANTES DE LA PLATA  
AUTORIZACION PARA DIFUSION DE IMÁGENES**

Por la presente presto/prestamos consentimiento y, en consecuencia, autorizamos para que nuestro/s hijo/s....., en el marco de las distintas piezas de comunicación elaboradas por la Colonia de Vacaciones del Club Estudiantes de La Plata, sea/n retratados en fotografías, filmes, videos y demás material 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 la Colonia de Vacaciones del 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 ajenas a la Institución pudieran hacer del material obtenido.

La Plata, diciembre de 2017.-