



Ficha de Inscripción - Colonia de Vacaciones 2017-2018

Secretaría de Deportes

MES: DIC ☐ ENE ☐ FEB ☐ QUINCENA: 1º ☐ 2º ☐

JORNADA: COMPLETA ☐ MEDIA MATUTINA ☐ MEDIA VESPERTINA ☐

TRANSPORTE ☐ SUBE EN BAJA EN

IMPORTANTE

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

Nº de 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:

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 ☐ No ☐ 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.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración

.....
D.N.I.



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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Colonia
Estudiantes

COUNTRY CLUB
ESTUDIANTES DE LA PLATA

Ficha Médica - Anexo 1

Secretaría de Deportes

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 afirmo 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