



Apellido y Nombre:

Dni:

N° Socio:

Marcar con una x la opción seleccionada.

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

Diciembre

Jornada { Completa ☐ 2Q.
Vespertina ☐

Transporte { Con Transporte ☐
Sin Transporte ☐

Paradas de Micro

PARADA	SUBE	BAJA
SEDE LA PLATA*		
1Y55		
1Y72		
7Y72		
7Y60		
13Y60		
19Y60		
19Y45		
AERI **		
ITALIA		
7Y38		
7Y32		
CONSERV.		
511 Y CENT.		
501 Y CENT.		
* SOLAMENTE PARA JORNADA COMPLETA. INGRESO POR CALLE 53		
** SOLAMENTE DE IDA PARA LOS AFILIADOS A AERI		

IMPORTANTE
El Transporte en la Jornada Vespertina está sujeto a disponibilidad

OBSERVACIONES

Enero

M.C. 1Q. 2Q.

Jornada { Completa ☐ ☐ ☐
Vespertina ☐ ☐ ☐

Transporte { Con Transporte ☐ ☐ ☐
Sin Transporte ☐ ☐ ☐

Paradas de Micro

PARADA	SUBE	BAJA
SEDE LA PLATA*		
1Y55		
1Y72		
7Y72		
7Y60		
13Y60		
19Y60		
19Y45		
AERI **		
ITALIA		
7Y38		
7Y32		
CONSERV.		
511 Y CENT.		
501 Y CENT.		
* SOLAMENTE PARA JORNADA COMPLETA. INGRESO POR CALLE 53		
** SOLAMENTE DE IDA PARA LOS AFILIADOS A AERI		

IMPORTANTE
El Transporte en la Jornada Vespertina está sujeto a disponibilidad

OBSERVACIONES

Febrero

M.C. 1Q. 2Q.

Jornada { Completa ☐ ☐ ☐
Vespertina ☐ ☐ ☐

Transporte { Con Transporte ☐ ☐ ☐
Sin Transporte ☐ ☐ ☐

OBSERVACIONES

IMPORTANTE
El Transporte en la Jornada Vespertina está sujeto a disponibilidad

Paradas de Micro

PARADA	SUBE	BAJA
SEDE LA PLATA*		
1Y55		
1Y72		
7Y72		
7Y60		
13Y60		
19Y60		
19Y45		
AERI **		
ITALIA		
7Y38		
7Y32		
CONSERV.		
511 Y CENT.		
501 Y CENT.		
* SOLAMENTE PARA JORNADA COMPLETA. INGRESO POR CALLE 53		
** SOLAMENTE DE IDA PARA LOS AFILIADOS A AERI		

* En el mes de Diciembre, el servicio de transporte en la jornada vespertina no se encuentra disponible. Solamente habrá transporte para la Jornada Completa.

** En caso de realizar la inscripción posterior a la fecha de inicio de colonia, se podrá comenzar a utilizar el servicio de transporte 24hs posterior a realizar la inscripción.



Colonia
Estudiantes

COUNTRY CLUB
ESTUDIANTES DE LA PLATA

Ficha de Inscripción
Colonia de Vacaciones 2019-2020
Secretaría de Deportes

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 ☐ ¿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.

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

.....
Aclaración

.....
D.N.I.



Colonia
Estudiantes

COUNTRY CLUB
ESTUDIANTES DE LA PLATA

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~~ ^{estas} imágenes sean reproducidas por medios gráficos o filmicos 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 2019



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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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



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 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