



## INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombre:

Dni:

Edad:

Fecha de nacimiento:

N° 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"/>
		Sin Transporte		<input type="checkbox"/>
Enero	Jornada	Completa	M.C. 1Q. 2Q.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/>
		Sin Transporte		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Febrero	Jornada	Completa	M.C. 1Q. 2Q.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/>
		Sin Transporte		<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:



#### 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 filmicos 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 ajenas a la Institución pudieran hacer del material obtenido.

La Plata,

-----  
(Lugar y Fecha)

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

.....  
Aclaración

.....  
D.N.I.



## 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**



## 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 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

**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