



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.



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 exámen 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

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

/ /