



## Ficha de Inscripción - Colonia de Vacaciones 2017-2018

Secretaría de Deportes

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

JORNADA: COMPLETA ☐ MEDIA MATUTINA ☐ MEDIA VESPERTINA ☐

TRANSPORTE ☐ SUBE EN  BAJA EN

### IMPORTANTE

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

Número de Inscripción: .....

Fecha contingente: .....

Apellido y Nombres: .....

Edad: .....

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

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

Domicilio particular: ..... Teléfono particular: .....

Domicilio alternativo, en caso de necesidad: .....

Teléfono alternativo: ..... E-mail: .....

¿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 N° 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

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