



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"/>
		Matutina		<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"/>
		Matutina		<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		
Plza. Italia		
7y38		
7y32		
Conserv.		
511 y Cent.		
501 y Cent.		

IMPORTANTE

En Diciembre, jornada vespertina
NO HAY TRANSPORTE
La jornada Matutina NO
tiene transporte

OBSERVACIONES

*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:



VARIACIÓN DE LOS COSTOS DEL SERVICIO

Por la presente, tomo conocimiento y acepto que el Club Estudiantes de La Plata se reserva el derecho de realizar un incremento sobre los valores de los aranceles de colonia, incluso sobre aquellos que ya hayan sido abonados partir del 4 de diciembre, si hubiera un reajuste económico que no le permita a la Institución mantener los costos operativos estipulados de los servicios de colonia, con el objeto de mantener y asegurar el óptimo estándar de calidad. En tal sentido, presto mi consentimiento a que el Club Estudiantes de La Plata, en el caso que se haya realizado el pago y se produzca la situación mencionada, me reclame y cobre el saldo generado por la diferencia en los valores que corresponda (colonia, transporte, alimentación)

La Plata,
(Lugar y Fecha)

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

.....
Aclaración

.....
D.N.I.

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 fílmicos 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