



INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO/A

Apellido y Nombre:

Dni:

Edad:

Fecha de nacimiento:

N° Socio/a:

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.		

*Solamente afiliados Aeri

IMPORTANTE
En Diciembre, jornada vespertina
NO HAY 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:



**Colonia de
Vacaciones**
VERANO 21/22

Secretaría de Deportes
Ficha de inscripción

COUNTRY CLUB
ESTUDIANTES DE LA PLATA

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