

# COLONIA DE VERANO

## 2020-2021

### FICHA DE INSCRIPCIÓN

FOTO  
4X4

#### DATOS DEL NIÑO/A

TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS. NO SE ACEPTARÁN FICHAS INCOMPLETAS

EDAD:

APELLIDO	NOMBRE
NACIONALIDAD	DOCUMENTO
FECHA DE NACIMIENTO / /	E-MAIL
SOCIO <input type="checkbox"/> NÚMERO DE SOCIO	NO SOCIO <input type="checkbox"/> CONVENIO ESPECIAL <input type="checkbox"/>

SI ES SOCIO ¿QUÉ ACTIVIDAD REALIZA Y EN QUÉ SEDE?

¿ASISTIÓ A NUESTRA COLONIA AÑOS ANTERIORES?  SI  NO  COLEGIO  
(TACHE LO QUE NO CORRESPONDE)

¿CÓMO CONOCIÓ LOS SERVICIOS DE COLONIA CASLA?

FOLLETERÍA	INTERNET	CONOCIDOS	OTROS
------------	----------	-----------	-------

#### DATOS FAMILIARES Y TELÉFONOS DE CONTACTO

PARENTESCO	APELLIDO	NOMBRE	TELÉFONO	PROFESIÓN	E-MAIL	ES SOCIO

#### IMPORTANTE

En caso de existir una sentencia judicial o causa en curso que modifique o limite la tenencia del menor deberá notificarse a la institución con la **documentación respaldatoria correspondiente**. En caso contrario ambos padres podrán retirar a su hijo/a del establecimiento.

#### COBERTURA MÉDICA

OBRA SOCIAL/SEGURO DE SALUD/MEDICINA PREPAGA

NÚMERO DE SOCIO	TELÉFONO	DIRECCIÓN
-----------------	----------	-----------

¿PADECE O PADECIÓ ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? (MARCAR CON UNA X)

- |                                       |                                     |                                     |                                       |                                     |  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SARAPIÓN     | <input type="checkbox"/> VARICELA   | <input type="checkbox"/> OTITIS     | <input type="checkbox"/> CELIAQUÍA    | <input type="checkbox"/> ESCOLIOSIS | <input type="checkbox"/> BRONCOESPASMOS          |
| <input type="checkbox"/> TOS CONVULSA | <input type="checkbox"/> BRONQUITIS | <input type="checkbox"/> MENINGITIS | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA    | <input type="checkbox"/> RUBEOLA    | <input type="checkbox"/> TRASTORNOS PSICOLÓGICOS |
| <input type="checkbox"/> PAPERAS      | <input type="checkbox"/> HERNIAS    | <input type="checkbox"/> ASMA       | <input type="checkbox"/> CARDIOPATÍAS | <input type="checkbox"/> HEPATITIS  | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS NEUROLÓGICOS  |
| <input type="checkbox"/> ESCARLATINA  | <input type="checkbox"/> DIABETES   | <input type="checkbox"/> REUMATISMO | <input type="checkbox"/> SINUSITIS    |                                     |  |
| <input type="checkbox"/> OTRAS:       |                                     |                                     |                                       |                                     |  |

## ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: \_\_\_\_\_  
TRAUMATISMOS/FRACTURAS: \_\_\_\_\_  
¿ES ALÉRGICO?  NO  SI ¿A QUÉ?: \_\_\_\_\_ ¿CÓMO LO EVITA?: \_\_\_\_\_  
¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN?  NO  SI ¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN?: \_\_\_\_\_  
¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO MÉDICO?: \_\_\_\_\_  
¿TIENE TODAS LAS VACUNAS?  SI  NO ¿CUÁLES LE FALTAN?: \_\_\_\_\_  
GRUPO SANGUÍNEO

## ¿ESTÁ RECIBIENDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS? (MARCAR CON UNA X)

PSICOLÓGICO  PSICOPEDAGÓGICO  PSIQUIÁTRICO  FONOAUDIOLÓGICO  
¿NECESITA TRATAMIENTO CON TERAPISTA OCUPACIONAL?  NO  SI  
¿REALIZÓ ESTIMULACIÓN TEMPRANA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA?  NO  SI  
¿PRESENTA PROBLEMAS DE ATENCIÓN EN LA ESCUELA?  NO  SI  
¿PRESENTA PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA ESCUELA?  NO  SI  
¿EL NIÑO CONCORRE A UNA ESCUELA DE RECUPERACIÓN?  NO  SI  
¿EL NIÑO CONCORRE A LA ESCUELA ACOMPAÑADO CON MAESTRA INTEGRADORA?  NO  SI  
¿SU HIJO/A ESTA EN CONDICIONES DE INGRESAR AL NATATORIO?  NO  SI

## APTO FÍSICO

ADJUNTO APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad, para ser presentado antes las autoridades del CASLA.

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma y sello Médico

## AUTORIZACIONES

Autoriza a Colonia CASLA y su respectiva página web a exponer fotos de su hijo/a haciendo actividades.  SI  NO

¿Está autorizado a retirarse solo de la institución al terminar la Colonia?  SI  NO

¿Está autorizado a quedarse en el club, buffet y otro lugar?  SI  NO

¿Está autorizado a retirarse con un transportista particular?  SI  NO

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Autoriza al cuerpo médico a suministrarle al niño/a en caso de ser necesario, Ibuprofeno o Paracetamol, según criterio médico  SI  NO

**NO SE ACEPTAN SOBRES CON DINERO DE VIANDA DESPUÉS DE LAS 10 HS**

## AUTORIZACIONES EXTRAS (EL MENOR SOLO SE PODRÁ RETIRAR CON...)

APELLIDO	NOMBRE	VÍNCULO	DNI	TELÉFONO

Declaro conocer que, ante la presencia de síntomas compatibles con los informados para COVID-19, (temperatura corporal superior a 37.3°C y otros síntomas) no se permitirá el ingreso a las sedes de Colonias de Verano, activándose los protocolos correspondientes del caso.

Declaro conocer y aceptar el sistema de inscripción de la colonia y autorizo al aquí inscripto a participar de las actividades del programa dentro y fuera del predio, como así también presto consentimiento a que la COLONIA DE SAN LORENZO publique imágenes que obtenga del participante en el marco de las actividades del programa con el objeto de ser reproducido y/o publicado exclusivamente con la finalidad de promover las actividades físicas, deportivas, recreativas, sociales y culturales, y fomentar los hábitos saludables, la equidad e inclusión social. Sin apto no se puede comenzar la colonia.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN

DOCUMENTO