

COLONIA DE VERANO 2023

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 |
|----------|--------|---------|-----|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Una vez efectuado el pago **NO SE REINTEGRARÁ EL DINERO**. Sin excepción

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN

DOCUMENTO