

FICHA MEDICA

Proyecto:.....

Nombres y Apellidos del niño/a:.....

D.N.I.:..... Fecha de nacimiento:..... Edad:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Nombre, Apellido y N° celular de la madre:.....

Nombre, Apellido y N° celular del padres:.....

PARA COMPLETAR POR EL ADULTO RESPONSABLE

¿Recibe algún tratamiento médico? SI – NO Detallar.....

¿Está tomando algún medicamento? SI -NO Detallar.....

¿Tiene algún tipo de alergia? SI -NO Detallar.....

¿Padece algún trastorno crónico? SI – NO Detallar.....

¿Tuvo alguna operación? SI – NO Detallar.....

¿Alguna indicación específica para las actividades físicas? SI – NO Detallar.....

¿Tiene el calendario de acunas completo? SI – NO Fecha de vacuna antitetánica:.....

AUTORIZACION

Dejo constancia que autorizo a mi hija/o A participar de las clases del proyecto mencionado a realizarse en las instalaciones declarando conocer y comprender todos los alcances e intervenciones educativas y recreativas que como anexo se me adjuntan y entregan, los días en el horario de

Asimismo, me hago responsable del control periódico de salud y notificaré cualquier anomalía que se presente. Me comprometo a entregar a la organización el certificado médico en el plazo de 7 días del inicio de actividades.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

ACLARACION Y DNI

Otro Número Celular por eventual emergencia:.....