PARA SER ENTREGADO AL PROFESOR EL PRIMER DÍA DE COLONIA

INSCRIPCIÓN COLONIA DEPORTIVA DE VERANO 2026/27

Vélez Sarsfield
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

EDAD	GRADO O SALA A CURSAR EN 2027

MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO COMPLETO
TEMPORADA			
DICIEMBRE			
ENERO			
FEBRERO			

PRE-HORA	

DATOS DEL COLONO	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	DOMICILIO

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

Declaro que los datos son consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/o a concurrir a la colonia deportiva de verano 2026/27 y a disponer de las imágenes obtenidas tanto en material fílmico como en material fotográfico durante la colonia con fines institucionales.

FIRMA MADRE

DNI ACLARACIÓN

FIRMA PADRE

DNI ACLARACIÓN

DECLARACIÓN JURADA ESTADO DE SALUD

Vélez Sarsfield
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

DATOS DEL COLONO	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO A CURSAR
	DOMICILIO		

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

¿Puede hacer natación y deportes?_____

¿Sufre algún trastorno de salud?_____

¿Tomo medicamentos bajo un tratamiento a largo plazo? _____

¿Es alérgico a algun medicamento, picaduras, comida, etc? _____

¿Cómo se manifiesta la alérgia? _____ Medicación _____

Obra Social/Prepaga _____Nº Afiliado _____

Posee certificado único de discapacidad? SI - NO

Completar en caso de tener CUD: _____

Diagnóstico como figura en el CUD: _____

Tipo de discapacidad (Física, Motríz, Intelectual, Mental, Psicosocial, Múltiple, Sensorial, Visual, Auditiva)

Especifique: _____

Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A_____

_____ a los _____ días del mes de _____ del año_____

AUTORIZANDO por la presente (en caso de EMERGENCIA) a actuar según lo dispongan los PROFESIONALES MÉDICOS del servicio de emergencia médica de la Institución.

De ser necesario trasladarlo a:_____

En caso de no aceptar el servicio de Emergencia Médica, la familia será responsable de la atención y traslado del niño.

_____
FIRMA PADRE/ MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN DNI