



# COLONIA LOS BICHITOS

Asociación Atlética Argentinos Juniors  
Polideportivo "Las Malvinas" (Tronador 41 / Punta Arenas 1271)  
Contacto: colonia@argentinosjuniors.com.ar | Tel: 11-5140-6480

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ (ADJUNTAR FOTOCOPIA )  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ COLEGIO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO PARTICULAR Y CELULAR: \_\_\_\_\_  
TELEFONO EN HORARIO DE CLASES O COLONIA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_  
LUGAR Y TELEFONO LABORAL: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ D.N.I \_\_\_\_\_  
LUGAR Y TELEFONO LABORAL: \_\_\_\_\_  
FAMILIAR (en caso de emergencia - agotados los tel. anteriores):  
TELEFONO: \_\_\_\_\_  
OBRA SOCIAL Y/O PREPAGA: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_  
Nº SOCIO: \_\_\_\_\_ (ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET)  
NOMBRE Y DOMICILIO DEL SANATORIO DONDE QUIERE QUE SEA DERIVADO: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CLINICOS:** Marque las enfermedades hacia las que tiene tendencia:

Epilepsia	Afecciones del oído	Sangrado de Nariz
Asma	Quemaduras de sol	Hemorragias
Conjuntivitis	Desmayos	Vómitos
Celiaco	Alergias	Diabetes
Otras:		

INTERVENCIONES QUIRURGICAS – Diagnóstico y fecha -

FRACTURAS – Diagnóstico y fecha -

SIGUE ALGUN TRATAMIENTO MEDICO/ ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS:

TIPO DE SANGRE: Grupo \_\_\_\_\_ factor \_\_\_\_\_

VACUNAS QUE POSEE:

OBSERVACIONES (algo que los médicos y docentes debieren saber - Puede escribir aquí o detrás de esta ficha todo lo que considere pertinente):

MEDICACION HABITUAL QUE TOMA EN CASOS DE FIEBRE- DOLOR DE CABEZA (INDICAR DOSIS- Lea el reglamento de la colonia):

La confección del presente formulario de identificación y la consignación de los antecedentes de Salud, revisten carácter de declaración jurada. La omisión o inexactitud de estas declaraciones responsabilizan a los padres o tutor/es, librando de toda responsabilidad jurídica a los profesionales y docentes actuantes. Declaro bajo fe de juramento que todos los datos declarados por mi son verídicos y correctos y me comprometo a informar cualquier enfermedad o lesión que pueda interferir en el desarrollo de la práctica deportiva o cualquier actividad física.

**Firma:**

**Aclaración y DNI:**

**Fecha:**