



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: