

## Ficha de Inscripción (Colonia)

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del alumno: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ para localizarlo en la colonia

Apellido y Nombres del padre/madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del padre/madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Colegio / Jardín: \_\_\_\_\_

Grado o sala cursado durante 201...: \_\_\_\_\_ Y pasa a: \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia en natación:?  Si  No

Mete la cabeza  Flota  Desplazamiento autónomo en parte profunda

Personas autorizadas a retirar a mi hijo/a.

Apellido y Nombre	D.N.I.	Teléfono	Parentesco

Período en que concurrirá a la colonia. (aclarar desde y hasta que día)

	Semanas				Jornada		Turno	
	1	2	3	4	Simple	Completa	Mañana	Tarde
Enero								
Febrero								

Todos los días  Tres veces por semana

## OBSERVACIONES

### Para los papás que contraten servicio de transporte:

Tomo conocimiento y acepto que es un servicio externo a Glups, prestado por una persona independiente que deberá acreditarse con los papeles correspondientes de seguro y habilitación.  
Toda contratación se pactará con esa persona en forma particular.

Utilizará transporte:  Si  No

### Para los papás que contraten servicio de Buffet:

El servicio de buffet corresponde a un prestador externo a Glups.

Utilizará servicio de buffet:  Si  No

**AUTORIZO A MI HIJO/A A PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE LA COLONIA DE VACACIONES ORGANIZADAS POR GLUPS**

**LOS DATOS AQUÍ VERTIDOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

.....  
Firma

.....  
Aclaración

.....  
D.N.I.

Fuí atendido por:

# FICHA DE ORIENTACION MÉDICA

Apellido y Nombres: _____		DNI: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Tel: _____
<b>EN CASO DE NECESIDAD COMUNICARSE CON</b>		
Nombre: _____	Tel: _____	Domicilio: _____
Obra social: _____	N° de Afiliado: _____	
Pediatra: _____	Tel: _____	

**INDIQUE SI SU HIJO/A PADECE ALGUNA AFECCION –RECUERDE QUE ES IMPORTANTE DEJARLO CONSIGNADO PARA UNA MEJOR ASISTENCIA Y CUIDADO DE VUESTRO HIJO/A, ADEMÁS DEL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA QUE EL PRESENTE ESCRITO TIENE.**

Afección		Especifique cuál es el tratamiento
Respiratoria	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Cardiaca	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Diabetes/Celíaca	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Visual/Auditiva	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Convulsiones	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Alergias	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Intervenciones quirurgicas	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Dificultades motrices	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Trastornos del lenguaje	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Tratamiento psicológico	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
Tratamiento neurológico	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
T.G.D./Asiste con docente integrador a la escuela	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	

**POR LA PRESENTE DECLARO EXPRESAMENTE Y BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE MI HIJO/A SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD EN LA CUAL LO INSCRIBO. SI FUESE NECESARIO AUTORIZO A ACTUAR, SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE PROCEDAN EN EL MOMENTO.**

En el caso de observarse situaciones que no permitan al niño integrarse a la actividad, se citará a los padres para evaluar las condiciones de asistencia y/o continuidad en la colonia.

.....

**Firma**

.....

**Aclaración**

.....

**D.N.I.**