

Ficha de Inscripción (Niños)

Fecha: _____

Apellido y Nombres del alumno: _____

Fecha de Nacimiento: _____ E-mail: _____

Domicilio: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ (para localizarlo en horario de clase)

Apellido y Nombres de la madre: _____ Ocupación: _____

Apellido y Nombres del padre: _____ Ocupación: _____

Escuela a la que concurre: _____

Sala o Grado: _____ Turno: _____

Actividad a la que asistirá en Glup's: _____

Día y horario que concurrirá a clases: _____

Aclaración: llenar esta tabla los que van a hacer natación.

Tiene experiencia en natación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Mete la cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Flota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Desplazamiento autónomo en parte profunda	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Personas autorizadas a retirar a mi hijo/a.

Apellido y Nombre	D.N.I.	Teléfono	Parentesco

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

LOS DATOS AQUÍ VERTIDOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

D.N.I.

Fue atendido por: _____

FICHA DE ORIENTACION MÉDICA

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

INDIQUE SI SU HIJO/A PADECE ALGUNA AFECION –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 misma.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

D.N.I.