

**INSCRIPCIÓN COLONIA  
DEPORTIVA DE VERANO 2019/20**



**Vélez Sarsfield**  
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

CARNET COLONIA N°	EDAD	FECHA DE INSCRIPCIÓN

**MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA**

TURNO	DICIEMBRE			ENERO					FEBRERO					TEMPORADA				
	Semana		Quincena	Semana		Quincena		Mes	Semana		Quincena		Mes					
	3	4	2°	1	2	3	4	1°	2°		1	2	3		4	1°	2°	
PRE-HORA																		
MAÑANA																		
TARDE																		
COMPLETO																		

<b>DATOS DEL COLONO</b>	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO A CURSAR EN 2020
	DOMICILIO		

<b>DATOS PADRES</b>	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	
	TEL	
	MAIL	

**INGRESO Y EGRESO DE LA COLONIA**

¿CONCURRE EN MICRO?

¿SE RETIRA EN MICRO?

CHOFER:

**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO**

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

Declaro que los datos consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/o a concurrir a la colonia deportiva de verano 2019/2020 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

PARA SER ENTREGADO AL PROFESOR EL PRIMER DÍA DE COLONIA

INSCRIPCIÓN COLONIA  
DEPORTIVA DE VERANO 2019/20



**Vélez Sarsfield**  
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

TURNO	DICIEMBRE			ENERO						FEBRERO						TEMPORADA		
	Semana		Quincena	Semana		Quincena		Mes	Semana		Quincena		Mes					
	3	4	2º	1	2	3	4	1º	2º		1	2	3	4	1º		2º	
PRE-HORA																		
MAÑANA																		
TARDE																		
COMPLETO																		

DATOS DEL COLONO	Nº DE SOCIO				NOMBRE				APELLIDO			
	FECHA DE NACIMIENTO				DNI				GRADO A CURSAR EN 2020			
	DOMICILIO											

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

**INGRESO Y EGRESO DE LA COLONIA**

¿CONCURRE EN MICRO?

¿SE RETIRA EN MICRO?

CHOFER:

**PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO**

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

¿Sufre algún trastorno de salud? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos bajo un tratamiento a largo plazo? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algo? \_\_\_\_\_ ¿Cómo se manifiesta la alergia? \_\_\_\_\_

Obra Social/Prepaga \_\_\_\_\_ Nº Afiliado \_\_\_\_\_

¿Cualquier otro dato que estime necesario? \_\_\_\_\_

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha de salud de mi hijo/a \_\_\_\_\_

A los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según los dispongan los profesionales médicos del servicio de emergencia médica de la institución.

FIRMA

ACLARACIÓN