

**INSCRIPCIÓN COLONIA  
DEPORTIVA DE VERANO 2024/25**



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

EDAD	GRADO O SALA A CURSAR EN 2025

MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO COMPLETO
<b>TEMPORADA</b>			
<b>DICIEMBRE</b>			
<b>ENERO</b>			
<b>FEBRERO</b>			

<b>PRE-HORA</b>	
-----------------	--

DATOS DEL COLONO	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	DOMICILIO

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

INGRESO Y EGRESO DE LA COLONIA					
¿CONCURRE EN MICRO?	SÍ	NO	¿SE RETIRA EN MICRO?	SÍ	NO
¿SE RETIRA SOLO?	SÍ	NO			

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO			
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

Declaro que los datos son consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/o a concurrir a la colonia deportiva de verano 2024/25 y a disponer de las imágenes obtenidas tanto en material filmico como en material fotográfico durante la colonia con fines institucionales.

\_\_\_\_\_  
FIRMA MADRE

DNI \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE

DNI \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN JURADA  
ESTADO DE SALUD



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

<b>DATOS DEL COLONO</b>	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO A CURSAR
	DOMICILIO		
<b>DATOS PADRES</b>	NOMBRE Y APELLIDO MADRE		NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI		DNI
	TEL		TEL
	MAIL		MAIL

¿Puede hacer natación y deportes? \_\_\_\_\_

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

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

¿Es alérgico a algún medicamento, picaduras, comida, etc? \_\_\_\_\_

¿Cómo se manifiesta la alergia? \_\_\_\_\_ Medicación \_\_\_\_\_

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

Posee certificado único de discapacidad? SI - NO

Completar en caso de tener CUD: \_\_\_\_\_

Diagnóstico como figura en el CUD: \_\_\_\_\_

Tipo de discapacidad (Física, Motriz, Intelectual, Mental, Psicosocial, Múltiple, Sensorial, Visual, Auditiva)

Especifique: \_\_\_\_\_

Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

**DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

AUTORIZANDO por la presente (en caso de EMERGENCIA) a actuar según lo dispongan los PROFESIONALES MÉDICOS del servicio de emergencia médica de la Institución.

De ser necesario trasladarlo a: \_\_\_\_\_

En caso de no aceptar el servicio de Emergencia Médica, la familia será responsable de la atención y traslado del niño.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE/ MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN

DNI