*Unión de Padres de Familia*  
Subcomisión de deportes: Iniciación Deportiva y Gim. Rítmica

**FICHA CENSAL AÑO 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido y nombre | Año que cursa |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo y N° de documento | Fecha de Nacimiento | Nacionalidad |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reacciones alérgicas | | |
| Medicamentos | Alimentos | Otros |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grupo sanguíneo | Obra social | | |
| Denominación | Afiliado N° | Teléfono |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del padre | Nombre de la madre | Teléfono en caso de urgencia |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Nombre del tutor/encargado (si lo hubiera) |
|  |

Por la presente autorizamos a nuestro hijo/a a practicar y participar de todas las actividades programadas por la Subcomisión de Deportes de la Unión de Padres dentro y fuera del instituto, y manifestamos haber presentado ante las autoridades del Instituto, el correspondiente certificado médico de aptitud física para la práctica deportiva.

|  |
| --- |
| En caso de urgencias médicas autorizamos a trasladar a nuestro hijo/a a : |
|  |

Banfield: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor Aclaración DNI

**LOS DATOS A PROPORCIONAR SON DE IMPORTANCIA PARA EL MEDICO ACTUANTE, EN CASO DE URGENCIAS O DE CONSEJO DEPORTIVO RECREATIVO.**

**ANTECEDENTES: Contestar con “SI” o con “NO”**

|  |  |
| --- | --- |
| HEREDOFAMILIARES | |
| Cardiacos: | |
| Respiratorios: | Alergia nasal:  Alergia bronquial:  Asma: |
| Convulsiones: | |
| Ortopédicos (huesos y músculos): | |
| Otros: | |

**PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cardiacos: | Soplos:  Arritmias (trastornos en el ritmo cardiaco):  Otros: |
| Enfermedades crónicas: | Asma, alergias respiratorias, alimentarias, tos de larga evolución, tratamientos:  Ortopédicas (huesos y músculos), fracturas, traumatismos (indicar fechas):  Neurológicas, convulsiones:  Otros: |
| El alumno/a inscripto cuenta con todo el cronograma de vacunas predeterminado para su edad: | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor Aclaración DNI