



Fecha Inscripción:...../...../.....

DATOS DEL ALUMNO:

Nombre y Apellido:.....DNI. N°.....

Edad.....Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Dirección:.....Teléfono:.....

Desea concurrir: Dos semanas completas..... 1° semana 2° semana

ANTECEDENTES de ENFERMEDAD:

Padece alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico:

NO.....SI:.....

Especifique:.....

Durante los últimos tres años fue internado alguna vez: NO:.....SI:.....

Motivo:.....

CALENDARIOS DE VACUNAS:.....

TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA NO:.....SI:.....

Encaso afirmativo especificar:.....

Recibe tratamiento permanente SI..... NO.....

TRATAMIENTOS:

Recibe tratamiento médico:

SI.....NO:.....Especifique:.....

Quirúrgicos: SI:.....NO:.....Edad:.....Tipo de Cirugía:.....

Presenta alguna limitación física: SI:.....NO:.....Aclaración:.....

Otros problemas de salud.....

.....

OBRA SOCIAL:..... **Nº AFILIADO:**.....

SI TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD

Recurrir a:

Institución:.....

Teléfono:.....

Avisar al Médico:

Nombre y Apellido:.....

Teléfono:.....

Avisar a Familiar:

Nombre y Apellido:.....

Teléfono:.....

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a con datos correctos, sin omisiones ni falsedades.

FIRMA:.....

ACLARACION:.....

MAIL DE CONTACTO:.....

Fecha:...../...../.....

AUTORIZACION DE USO DE IMAGEN

Por medio de la presente, AUTORIZO al Club Atlético Estudiantes, en adelante el CAE, a la utilización, exhibición y/o reproducción con fines deportivos, sociales y culturales, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades deportivas y recreativas que se realizan bajo supervisión de autoridades deportivas del CAE, para ser difundidas a través de las redes sociales de la Institución.

Firma _____

Aclaración _____

(Carácter en que lo hace: padre / madre/ tutor)

DNI N° _____