



**Dirección  
Municipal  
de Deportes  
TRES ARROYOS**

**FICHA PERSONAL:**

FECHA...../...../.....

**DATOS PERSONALES:**

NOMBRE Y

APELLIDO:.....

DNI:..... EDAD:..... FECHA

NACIMIENTO:...../...../.....

DOMICILIO:..... TELEFONO:.....  
.....

LOCALIDAD:..... CP:.....  
.....

**DATOS RESONSABLE ADULTO, PADRE, MADRE O TUTOR:**

NOMBRE Y

APELLIDO:..... DNI:.....

EDAD:..... FECHA NACIMIENTO:...../...../.....

DOMICILIO:..... TELEFONO:.....  
.....

CELULAR:..... LOCALIDAD:..... CP:.....  
.....

**DATOS DE SALUD:** GRUPO SANGUÍNEO:..... FACTOR

RH:.....

**ANTECEDENTES CLÍNICOS/QUIRÚRGICOS:** RESPONDER SI O NO

ES ASMÁTICO?..... ES EPILÉPTICO?..... ES

DIABÉTICO?.....

TIENE PROBLEMAS CARDÍACOS?.....SUFRE  
DESMAYOS?.....

ES ALÉRGICO?.....en caso afirmativo consignar a  
qué?.....

FUE OPERADO? SI / NO en caso afirmativo consignar tipo de  
operación.....

HERNIAS? SI / NO      TRASTORNOS OSTEOMUSCULARES? SI / NO      en caso  
afirmativo consignar que  
tipo.....

TOMA ALGUNA MEDICACIÓN: SI / NO  
CÚAL?.....

**OBSERVACIONES**.....  
.....

..... INDIQUE ALGUNA OBSERVACIÓN RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJA/O QUE PUEDA SER  
IMPORTANTE Y NO SE MENCIONÓ EN LA PRESENTE FICHA.

DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS PERSONALES CONSIGNADOS EN LA PRESENTE FICHA SON  
REALES Y ACTUALIZADOS AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. ASÍ MISMO, ME COMPROMETO A  
AVISAR FEHACIENTEMENTE SOBRE CUALQUIER CAMBIO RELACIONADO CON LA SALUD DE MI  
HIJA/O.

Por la presente autorizo a mi hijo/a....., DNI N°  
....., domiciliado en la calle..... de la localidad  
de....., T.E....., a participar del Taller  
.....Dejo constancia de que he sido informado de las  
características particulares de dicho taller, como así también de las actividades a desarrollar. Autorizo a  
los responsables a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades, que resulten  
necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al  
termino de las mismas.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al alumno por profesionales médicos  
y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso. Los  
profesores a cargo del cuidado y vigilancia activa de los menores no serán responsables de los objetos u  
otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

.....  
FIRMA RESPONSABLE ADULTO

.....  
ACLARACIÓN

.....  
DNI