

INSCRIPCIÓN COLONIA
DEPORTIVA DE VERANO 2025/26**Vélez Sarsfield**
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

EDAD		GRADO O SALA A CURSAR EN 2026	
MARQUE CON UNA X DONDE CORRESPONDA	TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO COMPLETO
TEMPORADA			
DICIEMBRE			
ENERO			
FEBRERO			

PRE-HORA	
----------	--

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

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 2025/26 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

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

DATOS PADRES	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