



**CLUB ATLÉTICO  
RIVER PLATE**

**2020**

**COLONIA DE VERANO**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Fecha ..... / ..... / .....

Apellido: ..... Nombres: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo: .....

Domicilio: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Localidad: ..... Cod. Postal: ..... Tel.: .....

Número/s de Teléfono que permita ubicar a la persona responsable durante el horario de la actividad: .....

E-MAIL:.....

Nro. de Socio: ..... Nro. Documento (DNI-CI) .....

Obra Social a la que pertenece: .....

Colegio al que asiste: .....

Se retira solo? ..... Se retira en transporte? .....

Se retira acompañado? ..... Nombre y Apellido de la persona autorizada a retirarlo/a  
..... DNI .....

**Declaro que los datos son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hijo/a a concurrir a la colonia.-**

.....  
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
Nº de Documento

Observaciones: .....

**La Inscripción se hace presentando: Ficha de Inscripción, Ficha Médica y el Pago de la Actividad.**

**IMPORTANTE: NO MARCAR OPCIONES (ESTE CUADRO SERÁ COMPLETADO POR PERSONAL ADMINISTRATIVO)**

	MES	QUINCENA	SEMANA
DICIEMBRE		2da. TC TM TT	3ra. 4ta. TC TM TT
ENERO	TC TM TT	1ra. 2da. TC TM TT	1ra. 2da. 3ra. 4ta. TC TM TT
FEBRERO	TC TM TT	1ra. 2da. TC TM TT	1ra. 2da. 3ra. 4ta. TC TM TT



**CLUB ATLÉTICO  
RIVER PLATE**

**2020**

**FICHA MEDICA DE CADETES**

**FICHA DE ORIENTACIÓN MÉDICA PARA LA ACTIVIDAD DE: .....**

Apellido y Nombre:		Fecha de Nac.:		Edad:	
Teléfonos:		Particular:		Trabajo:	

VACUNAS APLICADAS					
TIPO	ULTIMA DOSIS	TIPO	ULTIMA DOSIS	TIPO	ULTIMA DOSIS

INTERVENCIONES QUIRURGICAS			
TIPO	AÑO	TIPO	AÑO

ANTECEDENTES PERSONALES - INDIQUE SI o NO							
PARTO NORMAL		COMPLICACIONES DEL PARTO					
DESMAYOS		CONVULSIONES		ASMA		SOPLO	
TAQUICARDIA		EPILEPSIA		MENINGITIS		ALERGIA	
PERDIDA DE CONOC. TRAUMATICA				PERDIDA DE CONOC. NO TRAUMATICA			
DIABETES		FALSO GRUP		<b>GRUPO SANGUINEO Y FACTOR:</b>			

Actualmente debe ingerir algún medicamento, o padece alguna enfermedad prolongada .....

¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o alguna otra cosa? ¿Cual? .....

¿Es propenso a alguna enfermedad. ¿Cual? .....

Enfermedades heredo-familiares o enfermedades de importancia en algún miembro de su familia .....

Cualquier otra indicación de carácter médico que considere conveniente indicar .....

ESTUDIOS SOLICITADOS		
LABORATORIO:	ORINA:	ECG:
ERGOMETRÍA: (SOLO A MAYORES DE 14 AÑOS)		
RX: TORAX FRENTE:		
OBSERVACIONES:		

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A					
1°	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	2°	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A LA ENTIDAD SANITARIA:	
EN 1° LUGAR:	EN 2° LUGAR:

**Declaro que la información suministrada es completa y verídica.**

.....  
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....  
Aclaración

.....  
Nro. de Documento

Por la presente se deja constancia que ..... se encuentra a la fecha de la presentación, en estado de salud satisfactorio, estando en condiciones de desarrollar actividades deportivas.

.....  
Sello y Matrícula Profesional

.....  
Fecha

.....  
Firma del Médico