



FICHA DE INSCRIPCIÓN - VERANO 2025 - 2026

DATOS PERSONALES DEL COLONO			
Nombre y Apellido			
Fecha de Nacimiento		Edad	
D.N.I.		Teléfono	
Domicilio			
¿Realiza algún deporte?	☐ NO	☐ SI - ¿Cuál?:	

DATOS DE PADRE / MADRE / TUTOR	
Nombre y Apellido	
Lugar de Trabajo	
Sector	
Teléfono	
Mail	

TELÉFONOS A LOS QUE PODEMOS RECURRIR	
Nombre y Apellido	
Parentesco	
Teléfono	

OTROS DATOS					
Períodos que contrata	Diciembre	☐ 5 días (22,23,26,29 y 30/12)			
	Enero	☐ 1° Sem.	☐ 2° Sem.	☐ 3° Sem.	☐ 4° Sem.
	Febrero	☐ 1° Sem.	☐ 2° Sem.	☐ 3° Sem.	☐ 4° Sem.
¿Contrata servicio de transporte?	☐ NO		☐ SI - ¿Cuál?:		
Observaciones					
VALOR (\$)					
FIRMA AUTORIZADA					



FICHA MEDICA

APELLIDO: **NOMBRE:**
DNI: **FECHA DE NACIMIENTO:**
NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR:
DOMICILIO: **TELÉFONO:**
EN CASO DE NECESIDAD AVISAR A:
DOMICILIO: **TELÉFONO:**

HISTORIA CLÍNICA

OBRA SOCIAL: **Nº**
ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA: **ENFERMEDADES QUE PADECE O A LAS QUE ES PROPENSO:**
 Sarampión: SI – NO Asma: SI – NO
 Hepatitis: SI – NO Bronquitis: SI – NO
 Paperas: SI – NO Resfrío: SI – NO
 Polioemelitis: SI – NO Afecciones del oído: SI – NO
 Tos convulsa: SI – NO Afecciones de la nariz: SI – NO
 Varicela: SI – NO Afecciones de los ojos: SI – NO
 Escarlatina: SI – NO Convulsiones: SI – NO
 6ta. Eruptiva: SI – NO Sonambulismo: SI – NO
 Rubeola: SI – NO Desmayos: SI – NO
 Epilepsia: SI – NO Constipación: SI – NO
 Sinusitis: SI – NO Otras:
 Otras:

VACUNAS O SUEROS RECIBIDOS (ÚLTIMA FECHA) • INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Antitetánica: ____ / ____ / ____ Apendicitis: SI – NO
 Antidiftérica: ____ / ____ / ____ Amigdalitis: SI – NO
 Antivariólica: ____ / ____ / ____ Hernia: SI – NO
 Antipoliomielítica: ____ / ____ / ____ Otras:
 Antituberculosa: ____ / ____ / ____
 Antiofídica: ____ / ____ / ____
 Antitífica: ____ / ____ / ____

ES ALÉRGICO A:

Comidas

Medicamentos

Antibióticos

Picaduras de insectos

Polvo, polen

ACCIDENTES TRAUMATOLÓGICOS:

Esguinces: SI – NO

Fracturas: SI – NO

Otros:

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál?

.....

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?

.....

¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? SI – NO**¿Tiene antecedentes de problemas de altura? SI – NO****¿Sigue algún régimen especial alimenticio (médico)? ¿Cuál?**

.....

La familia autoriza a utilizar total o parcialmente imágenes y/o voz de los niños/as, para ser divulgadas y/o incorporadas con fines pedagógicos institucionales en medios de comunicación audiovisuales, radiales, gráficos, internet, vía pública y/o cualquier otro soporte conforme el plan de estudios. Aquellas familias que no lo autoricen, deberán enviar la negativa de manera escrita.

SEGÚN MI LEAL CONSENTIMIENTO, DECLARO VERÍDICOS TODOS LOS DATOS QUE PROPORCIONO EN EL PRESENTE CUESTIONARIO.

FECHA: ____ / ____ / ____