

ORIGINAL

ACTIVIDAD FÍSICA – DEPORTIVA NIÑOS Y ADOLESCENTES (Hasta 18 años)

FECHA...../...../ 2019



PROGRAMA ACTIVIDAD

SEDE HORARIO

PROFESOR

APELLIDO Y NOMBRE DNI

NOMBRE PADRE / MADRE / TUTOR

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

DOMICILIO..... C.P

PISO DPTO LOCALIDAD/PROVINCIA

BARRIO

TELEFONO CELULAR.....

MAIL

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

TELEFONO CELULAR

DOMICILIO PISO DPTO LOCALIDAD

COBERTURA MÉDICA N° DE AFILIADO

TEL DE COBERTURA EN CASO DE EMERGENCIA

PESO ESTATURA GRUPO SANGUINEO

ANTECEDENTES SANITARIOS

Marcar con una X si presento algunas de estas enfermedades – ampliar al dorso en caso afirmativo-

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Paperas - Tos convulsa | <input type="checkbox"/> Alguna vez perdió el conocimiento - desmayo |
| <input type="checkbox"/> Esguinces | <input type="checkbox"/> Mononucleosis infecciosa | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza - mareos |
| <input type="checkbox"/> Inflamación articular | <input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesfágico | <input type="checkbox"/> Convulsiones - epilepsias |
| <input type="checkbox"/> Miastenia | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Anemia- leucemia |
| <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad muscular | <input type="checkbox"/> Enfem. renales-insuficien.renal | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias a repetición | <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Síndrome urémico hemolítico | <input type="checkbox"/> Usa anteojos - audífono |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel (Dermatitis,eczema) |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis a repetición | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Consume alcohol (edad de inicio) |
| <input type="checkbox"/> Neumotórax espontáneo | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Consume tabaco (edad de inicio) |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis-Otitis-Anginas | <input type="checkbox"/> Chagas | <input type="checkbox"/> Toma remedios - medicación habitualmente |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos | <input type="checkbox"/> Alérgico a: picaduras de insectos, polen, medicamentos, antibióticos. |
| <input type="checkbox"/> Sarampión-Rubeola | <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas | |
- ¿El niño posee algún familiar directo fallecido antes de los 40 años? No incluir accidente
- ¿El niño posee algún familiar (grupo social de convivencia) fallecido en el último año?
- ¿El niño posee algún familiar con infarto antes de los 55 años?
- ¿El niño o familiar directo presentan anteced.cardiolog.:Enf. de wolf park.white, QT largo o micardiopat.hipertrófica?

PARA INSCRIBIRSE ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR CERTIFICADO DE APTO MEDICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

Por la presente cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para utilizar el material gráfico, fotográfico, fílmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita teniendo la finalidad de promover el derecho al deporte. Esta autorización comprende cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto. Declaro bajo juramento que el autorizado no posee patología ni impedimento alguno para desarrollar la presente práctica deportiva encontrándose sin impedimento físico o deficiencia que pudiera provocar lesiones y cualquier otro daño corporal como consecuencia de la participación de la presente actividad. Asimismo, se deja expresa constancia que libero de toda responsabilidad al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por los eventuales daños y/o perjuicios que pudieran derivarse de la inscripción y participación del autorizado en las presentes actividades. La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir el autorizado y/o bienes como consecuencia de la participación en el programa mencionado, incluso caso fortuito o fuerza mayor. En virtud de la liberación de responsabilidad efectuada precedentemente, renuncio en este acto a reclamar indemnización alguna al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por los eventuales daños que pudiera sufrir.

.....
FIRMA PADRE MADRE O TUTOR

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires