



DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: Fecha de nac: Edad:

Domicilio: Tel:

Documento DNI N° Código Postal:

Nombre del padre o tutor: Tel Laboral:

Nombre de la madre: Tel Laboral:

Escuela /Jardín al que concurre:

Celular o teléfono móvil al que recurrir en caso de necesidad:

E-mail de referencia:

Nombre y fecha de nacimiento de los hermanos:

FICHA MEDICA

Grupo sanguíneo:

Enfermedades padecidas: (Marcar con una X)

Sarampión Paperas Varicela Rubéola Asma Bronquitis Resfríos Otras:

Especificar si está tomando algún medicamento o se encuentra bajo tratamiento médico:

Cobertura médica u obra social Nro afiliado

Dirección: Teléfonos:

Marcar con una X las opciones elegidas.

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| Mes | ENERO <input type="checkbox"/> | FEBRERO <input type="checkbox"/> | |
| ✓ A que turno concurriría: | Mañana <input type="checkbox"/> | Tarde <input type="checkbox"/> | Completo <input type="checkbox"/> |
| ✓ Que abono tomaría: | 5 días <input type="checkbox"/> | 10 días <input type="checkbox"/> | 12 días <input type="checkbox"/> |
| ✓ Transporte: | Transporte a domicilio <input type="checkbox"/> | Punto de encuentro <input type="checkbox"/> | Mes completo <input type="checkbox"/> |
| ✓ Elegir parada: | | | |
| Colegio La Anunciata (Arenales y Junín) <input type="checkbox"/> | Esquina de Beruti y Agüero <input type="checkbox"/> | Colegio Guido Spano (Paraguay y Soler) <input type="checkbox"/> | |
| Plaza Guadalupe (Mansilla y Medrano) <input type="checkbox"/> | Colegio Compañía de María (Céspedes y Freire) <input type="checkbox"/> | | |
| Jardín Armonía (Uriarte y Paraguay) <input type="checkbox"/> | Esquina de Cabildo y Zabala <input type="checkbox"/> | | |

Lugar y fecha:

Por la presente, autorizamos a nuestro hijo/a Documento Nro

a concurrir a la colonia de vacaciones Club San Pablo que se realiza en el Círculo de Oficiales de la Fuerza Aérea, ubicado en Av del Libertador 661, Vicente López de lunes a viernes de 8:30hs a 18:30 hs con su correspondiente traslado, a ingerir alimentos durante su permanencia en la colonia, a desarrollar actividades de natación, deportes y recreación, a realizar salidas eventualmente fuera del Club cuando sea necesario y a ser asistido y trasladado en caso de emergencia al centro asistencial

bajo responsabilidad del Prof. Pablo Mastandrea y/o aquel que éste designare. De todo lo ante dicho nos notificamos y damos nuestra conformidad expresa.

Firma del Padre o tutor Aclaración DNI

Firma del Padre o tutor Aclaración DNI

Observaciones: