



Datos del/la participante

Apellido: Nombres:

Nacionalidad: Fecha de Nac.:/...../...../ Edad:

Documento de Identidad (Tipo y número):

Socio No Socio Convenio especial o empresa:

¿Asistió anteriormente a las colonias de vacaciones? No Si ¿Año?

¿Lugar?

Obra Social: N° de credencial: Teléfono:

En caso de necesidad de asistencia especializada, trasladar al sanatorio:

Dirección: Teléfono:

Escuela: Sala, Grado o Año escolar que cursa: Turno: Escuela:

¿Participa del gabinete psicopedagógico? No Si ¿Tiene alguna particularidad a tener en cuenta por el docente para

Formas de contacto:

Teléfono particular: ¿De quien es o dónde es?

Teléfono celular: ¿De quien es?

Teléfono laboral: ¿De quien es o dónde es?

E-mail 1: ¿De quién es?

E-mail 2: ¿De quién es?

Domicilio: C.P.:

Datos del núcleo ampliado de convivencia (Padre, madre, hermanos/as, abuelos/as, etc.)

Relación	Apellido	Nombre	F. Nac	Celular	Lugar de trabajo, prof. o empresa	¿Socio?

Datos del núcleo familiar no conviviente (Solo padre, madre y/o hermanos/as)

Cualquier indicación de restricción de contacto con el niño deberá sostenerse presentando original y dejando una fotocopia de la documentación respaldatoria correspondiente (Leer al dorso)

Relación	Apellido	Nombre	F. Nac	Celular	Lugar de trabajo, prof. o empresa	¿Socio?

Días que participará - Sírvase marcar con una (X) el o los períodos en que participará y si lo hará con o sin almuerzo.

SEMANAS DE INSCRIPCIÓN	Turno			Servicio de Almuerzo y Merienda		Servicio de post hora (Sede central)
	TC	TM	TT	SI	NO	Marcar con una X
Dic. 20 al 24 (S.1)						
Dic. 27 al 31 (S.2)						
Enero 03 al 07 (S.3)						
Enero 10 al 14 (S.4)						
Enero 17 al 21 (S.5)						
Enero 24 al 28 (S.6)						

SEMANAS DE INSCRIPCIÓN	Turno			Servicio de Almuerzo y Merienda		Servicio de post hora (Sede central)
	TC	TM	TT	SI	NO	Marcar con una X
Enero 31 al Feb.04 (S.7)						
Febrero 07 al 11 (S.8)						
Febrero 14 al 18 (S.9)						

Datos Médicos

Grupo Sanguíneo: Factor Rh: Antitetánica - fecha última aplicación: .../.../.../

¿Sigue algún tratamiento? No Sí ¿Conducta a seguir?

¿Toma medicamentos habitualmente? No Sí - ¿Cuáles? ¿Por qué?

¿Realizó algún tratamiento en el plano psíquico? No Sí - ¿De qué tipo?

¿Cuál es la situación actual?

Otros datos que considere de utilidad para el médico (especialmente detallar últimos tratamientos):

.....

.....

Autorizaciones

Marque con un (x) lo que corresponde		SI	NO
¿Está autorizado/a a retirarse solo/a de la Institución al finalizar las actividades?			
¿Está autorizado/a a concurrir con el grupo a realizarse la revisión médica? La revisión médica para el apto de pileta se realizará con su grupo acompañado por los docentes.			
¿Está autorizado/a a concurrir al restaurante de la sede a comprar?			
¿Está autorizado/a a retirarse en compañía de otra persona que no sean su padre, madre o tutor?			
Apellido y nombre:			
Relación:			
DNI:			
Teléfono:			
Apellido y nombre:			
Relación:			
DNI:			
Teléfono:			

MUY IMPORTANTE: En caso de existir una sentencia judicial o causa en curso que modifique la tenencia deberá notificarse a la Institución **con la documentación respaldatoria correspondiente**. En caso contrario AMBOS padres de un menor de edad podrán retirar a su hijo/a del establecimiento.

Modificar la inscripción de este formulario, puede producir gastos administrativos. El reintegro de aranceles es de carácter excepcional (justificación comprobable) y su aplicación es inapelable.

La presente reviste carácter de Declaración Jurada, todos los datos que proporciono en el presente documento son verídicos según mi buen saber y entender, firmando a continuación.

He recibido el instructivo para familias y acepto los términos y condiciones que figuran allí.

(Tachar con una cruz)

Fecha de confección
de la solicitud

Relación
(Solo puede firmar
padre, madre o tutor)

Apellido y nombre

Nº de Documento

Firma

Ficha recepcionada por: Fecha y hora: Carnets Entregados: (A completar por personal YMCA)