



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

### ✓ DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A:

1-Apellido y Nombre:

2-DNI:

3-CUIL:

3-Fecha de Nacimiento:

4-Edad:

5-Domicilio:

### ✓ DATOS PERSONALES DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

1-Apellido y Nombre:

2-DNI:

3-Domicilio:

3-Celular :

4-Celular alternativo:

### ✓ ANTECEDENTES DEL NIÑO/A:

- Frecuencia cardíaca:
- Tensión arterial:
- Peso:
- Altura:
- Grupo sanguíneo:

Padece alguna de las siguientes enfermedades: Sí No

☐ Metabólicas (diabetes)

☐ Cardiopatías



☐ Respiratorias

☐ Hernias

☐ Alergias

☐ Dificultades de la visión

☐ Dificultades auditivas

☐ Desviaciones de columna

**C** Alguna situación particular determinada por el médico. ¿Cuál?:

.....

**D** ¿Toma medicamentos en forma permanente?: Sí No

Cual:.....

**TIENE LAS VACUNAS ACTUALIZADAS:** .....

**E- ¿A realizado actividad física? ¿Cuáles? ¿De qué tipo?**

.....

**POSEE COBERTURA MÉDICA:**

¿Cuál?.....      Nº de afiliado:.....

FIRMA :..... ACLARACIÓN:..... DNI:.....

(Padre, Madre,Tutor )



### AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL

Los que suscriben, en ejercicio de la Representación Legal de los menores de edad, que seguidamente se identifican, AUTORIZAN a los mismos a realizar ACTIVIDADES ACUATICAS , RECREATIVAS Y DEPORTIVAS , durante la **TEMPORADA DE VERANO 2026**, desde el día 6 de ENERO hasta el 13 de FEBRERO de 2026, de Martes a Viernes en horario de 9 a 13 hs, en las instalaciones del.....a cargo de profesores y monitores de la dirección de deportes y recreación de la Municipalidad de Santa Rosa.

Se autoriza a tomar fotografías y videos para ser subidos a redes sociales.

INSCRIPTO		
APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I	

PADRE, MADRE O TUTOR		
NOMBRE:	FIRMA:	D.N.I: