



POLI CLUB DE VERANO COLONIA DE VACACIONES

Fechas

Nombre.....
Edad..... Fecha de Nac..... DNI.....
Domicilio..... Tel.....
Celular..... EMail.....
Colegio al que asiste..... Año/Grado.....

Ficha Médica

¿Padece alguna enfermedad actualmente?.....
¿Toma algún medicamento?.....
¿Es alérgico a algún medicamento?.....
¿Está restringido ó contraindicado alguna actividad física?.....
Cobertura Médica.....
Ante cualquier emergencia avisar a.....
Tel.....

Datos de Interés

¿Existe alguna dificultad física que debemos conocer?.....
¿Realizó algún tratamiento psicopedagógico o psicológico?.....
¿Es temeroso/a al agua?..... ¿Flota solo en lo profundo?.....
Otras personas autorizados a retirar al chico del club:
Nombre y Apellido..... DNI.....
Nombre y Apellido..... DNI.....

La entrega de esta ficha completa y firmada debe ser entregada en el momento de la inscripción junto con un certificado de Aptitud Física otorgado por un Médico matriculado. Ambas instancias revisten de carácter obligatorio para hacer efectiva la inscripción.

Dejo constancia de conocer y aceptar los Términos y Condiciones, y Reglamento del Club de verano y autorizo a mi hijo, quien se encuentra en perfecto estado de salud, a participar de las distintas actividades deportivas que se realicen.

.....
Firma del padre madre o tutor

.....
Aclaración

.....
DNI

.....
Fecha



4951-1726
info@polipaulamontal.com.ar

polipaulamontal.com.ar
facebook . instagram

