

**COLONIA DE VACACIONES 2020/2021**

INICIO: 9 de diciembre

DIAS: Lunes, Miércoles y Viernes

HORARIOS: 9 a 12 hs.

EDADES: 4 a 12 años. (Menos de 4 años, solo quienes no usen pañales).

LUGAR: Complejo de Piletas Municipal de Valle María

**PRESENTAR PREVIAMENTE**

ELECTROCARDIOGRAMA (debe llevarse el resultado a la consulta médica)

FICHA DE CONSULTA MÉDICA.

FOTOCOPIA DNI del niño y de la Mamá o del Papá (quien firme la autorización)

**IMPORTANTE Y OBLIGATORIO.**

- ✓ Llevar protector solar, gorro de baño, ropa de baño, toallón, ojotas, muda de ropa (para después de la actividad)
- ✓ El ingreso será con tapabocas o barbijo. Llevar alcohol en gel o elemento sanitizante de uso personal. Se recomienda no compartir elementos personales.

Cronograma de actividades: Las mismas serán desarrolladas dentro del predio Complejo de Piletas.

**MUNICIPALIDAD DE VALLE MARIA**

**AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR A LA COLONIA DE VACACIONES**

**DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR O ENCARGADO:**

NOMBRE: ..... DNI .....

QUE RELACION TIENE CON EL NIÑO / NIÑA .....

TELEFONO .....

DIRECCION.....

**DATOS DEL MENOR**

NOMBRE Y APELLIDO ..... DNI .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... EDAD..... PESO .....

TELEFONO .....

GRUPO SANGUINEO ..... FACTOR RH .....

FECHA DE ÚLTIMA ANTITETÁNICA: .....

DESCRIBA PATOLOGIAS, SINDROMES, ETC. QUE HAYA PADECIDO EN EL ÚLTIMO AÑO:

.....  
.....  
.....

**POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJO/A .....  
DNI..... A CONCURRIR A LA COLONIA DE VACACIONES ORGANIZADA POR LA  
MUNICIPALIDAD DE VALLE MARIA.**

.....

Firma, padre, madre, tutor o encargado

## **FICHA PARA PRESENTAR AL MÉDICO JUNTAMENTE CON EL ESTUDIO CARDIOLÓGICO**

Por favor indique con una X la columna que corresponda. Si la respuesta es sí, describa en detalle en "observaciones".

¿Padece o alguna vez padeció alguna de las siguientes condiciones?:

	SI	NO
ALERGIAS (indique en esta hoja incluyendo picaduras de insectos, plantas, alimentos y medicamentos)		
DIABETES		
AFECCIONES AL CORAZON		
EPILEPSIA		
ASMA		
HIPERTENSION		
PROBLEMAS DE COLUMNA		
LUXACION (indicar articulación)		
SE ENCUENTRA BAJO UN TRATAMIENTO MEDICO?		
ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? CUALES?		

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### **PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO:**

EVALUACIÓN DEL MÉDICO CARDIÓLOGO: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE EL NIÑO/NIÑA ..... DNI.....  
 PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES FISICO-DEPORTIVAS.-**

.....

**Firma del médico**

\*En el caso de no poder realizar el estudio, los padres pueden firmar aquí haciéndose personalmente responsables de permitir la asistencia de sus hijo/a a la colonia de vacaciones sin haber realizado el electrocardiograma.

**Por la presente, firmo mi consentimiento para que mi hijo/a asista a la colonia de vacaciones sin haber realizado el electrocardiograma, haciéndome personalmente responsable:**

.....

**Firma y aclaración**