

## **COLONIA DE VACACIONES 2023/2024**

**INICIO:** 11 de Diciembre

**DÍAS:** Lunes, Miércoles y Viernes

**HORARIOS:** 9 a 12 hs.

**EDAD:** 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), merienda y agua.

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 SANGUÍNEO ..... FACTOR RH .....

FECHA DE ÚLTIMA ANTITETÁNICA:.....

DESCRIBA PATOLOGÍAS, SÍNDROMES, 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 CORAZÓN		
EPILEPSIA		
ASMA		
HIPERTENSIÓN		
PROBLEMAS DE COLUMNA		
LUXACIÓN (indicar articulación)		
SE ENCUENTRA BAJO UN TRATAMIENTO MÉDICO?		
ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? ¿CUALES?		

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

**PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO:**

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

**CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE EL NIÑO/NIÑA**

..... DNI..... PUEDE

**REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS.-**

.....

Firma 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**