

## **COLONIA DE VACACIONES 2022/2023**

**INICIO:** 12 de diciembre (entregar planillas y ficha hasta el 7/12/2022)

**DIAS:** lunes, miércoles y viernes.

**HORARIOS:** 9 a 12 hs.

**EDADES:** 3 a 12 años. (3 años, solo quienes no usen pañales).

**LUGAR:** Complejo de Piletas Municipal de Valle María.

**LA PRESENTE DOCUMENTACION DEBE SER ENTREGADA EN EL COMPLEJO DE PILETAS, AL PERSONAL O PROFESORES, ANTES DE COMENZAR LAS ACTIVIDADES. EL PAGO SE REALIZA EN EL MISMO LUGAR.**

### **IMPORTANTE Y OBLIGATORIO:**

- ✓ **PRESENTAR PREVIAMENTE:**
  - ELECTROCARDIOGRAMA
  - FICHA DE CONSULTA MÉDICA.
  - FOTOCOPIA DNI del niño y de la Mamá o del Papá (quien firme la autorización)
  
- ✓ Para asistir a clases: llevar protector solar, gorro de baño, Ropa de baño, toallón, ojotas, muda de ropa (para después de la actividad)
- ✓ Cronograma de actividades: Las mismas serán desarrolladas dentro del predio Complejo de Piletas.

**MUNICIPALIDAD DE VALLE MARÍA**

**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 ANTITETANICA:.....

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 CORAZÓN		
EPILEPSIA		
ASMA		
HIPERTENSIÓN		
PROBLEMAS DE COLUMNA		
LUXACIÓN (indicar articulación)		
SE ENCUENTRA BAJO UN TRATAMIENTO MÉDICO?		
¿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 médico**

\*En el caso de no poder realizar el estudio, el niño o niña puede asistir a la colonia, pero es obligatorio para ello que el profesional médico certifique el apto médico. A su vez los padres deben 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**