

**NATACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS Y AQUAGYM 2022/2023**

INICIO: 13 de diciembre

DIAS: martes y jueves

HORARIOS: 9 a 12 hs.

EDADES: 12 años en adelante.

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. En caso de ser menor de edad, fotocopia de DNI de 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**  
**NATACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS Y AQUAGYM 2022/2023**

**DATOS PERSONALES:**

**NOMBRE Y APELLIDO**.....

**DNI**.....

**FECHA DE NACIMIENTO**.....

**EDAD**.....

**PESO**.....

**TELÉFONO**.....

**GRUPO SANGUINEO**.....

**FACTOR RH**.....

**FECHA DE ÚLTIMA ANTITETÁNICA**.....

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

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

.....

Firma

**MUNICIPALIDAD DE VALLE MARIA**

**AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR A NATACIÓN PARA JOVENES Y ADULTOS Y/O AQUAGYM**

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

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

QUE RELACIÓN LOS VINCULA .....

TELÉFONO .....

DIRECCIÓN.....

**DATOS DEL MENOR**

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

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

TELÉFONO .....

GRUPO SANGUÍNEO ..... FACTOR RH .....

FECHA DE ÚLTIMA ANTITETANICA:.....

DESCRIBA PATOLOGÍAS, SÍNDROMES, ETC. QUE HAYA PADECIDO EN EL ÚLTIMO AÑO:

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

**POR LA PRESENTE AUTORIZO A .....  
DNI..... A CONCURRIR A NATACIÓN PARA JOVENES Y ADULTOS Y/O AQUAGYM ORGANIZADA POR  
LA MUNICIPALIDAD DE VALLE MARÍA.**

.....

Firma

## 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 ..... DNI..... PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES FISICO-DEPORTIVAS. -**

.....  
**Firma médico**

\*En el caso de no poder realizar el estudio, puede asistir a las clases, pero es obligatorio para ello que el profesional médico certifique el apto médico. A su vez, deben firmar aquí haciéndose personalmente responsables de la asistencia sin haber realizado el electrocardiograma. Para los menores de edad, los responsables mayores.

**Por la presente, firmo mi consentimiento para asistir natación para jóvenes y adultos y/o aquagym sin haber realizado el electrocardiograma, haciéndome personalmente responsable:**

.....  
**Firma y aclaración**