

## **NATACIÓN Y AQUAGYM PARA JÓVENES Y ADULTOS 2020/2021**

**INICIO:** 10 de Diciembre

**DIAS:** martes y jueves

**HORARIOS:** 9 a 12 hs.

**EDADES:** 12 años en adelante.

**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. En caso de ser menor de edad, fotocopia de DNI de 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 MARÍA**  
**NATACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS Y AQUAGYM 2020/2021**

**DATOS PERSONALES:**

**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:**

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

.....

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?		
¿ESTÁ TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? ¿CUÁLES?		

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

### PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO:

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

**CERTIFICO POR LA PRESENTE QUE ..... DNI..... PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS.**

.....

**Firma del médico**

\*En el caso de no poder realizar el estudio, pueden firmar aquí haciéndose personalmente responsables de la asistencia y practica de las actividades deportivas sin haber realizado el electrocardiograma. (En el caso de menores, sus responsables)

**Por la presente, firmo mi consentimiento para realizar actividades físico-deportivas sin haber realizado el electrocardiograma, haciéndome personalmente responsable:**

.....

**Firma y aclaración**