

NATACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS Y AQUAGYM 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 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 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