



FICHA DE SALUD

Club.....Lugar y Fecha.....

Apellido y Nombre del niño.....

Apellido y Nombre del Padre, Madre o Tutor.....

N° de Celular de Contacto:

Dirección.....N°..... T.E:.....

Fecha de Nacimiento..... Edad.....DNI N°

Grupo Sanguíneo.....

MAIL del Padre o Madre

1-Es alérgico?: (SI) (NO) A qué?.....

2-Ha sufrido en los últimos 30 días (marque con cruz)

- a) Procesos inflamatorios
- b) Fracturas o Esguinces
- c) Enfermedades infectocontagiosas
- d) Otras.....

3-Esta tomando alguna medicación? (SI) (NO) Cual? Horario?

4-Tiene obra social? (SI) (NO)

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A, A LOS.....DEL MES DE.....DE 20../20..
AUTORIZANDO POR LA PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MEDICOS, RENUNCIANDO A CUALQUIER RECLAMO AL CLUB, A SUS AUTORIDADES Y EMPLEADOS.

FIRMA DEL PADRE/ MADRE

.....
FECHA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD