

Ficha de Salud 2022

Lugar y Fecha: _____

Categoría (No Socio): _____

Apellido y Nombre del niño: _____

Apellido y Nombre de Padre, Madre o Tutor: _____

No de Celular de Contacto: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Mail de Padre o Madre: _____

1- Es Alérgico: (SI) (NO) A que?: _____

2- Ha sufrido en los últimos 30 días (marque con una X

1. a) Procesos Inflamatorios
2. b) Fracturas o Esguinces
3. c) Enfermedades Infectocontagiosas

d) Otras

3- Esta tomando medicación? (SI) (NO) Cual?: _____

4- Tiene OBRA SOCIAL? (SI) (NO) Cual?: _____

**DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A, A LOS.....DEL MES DE20.....
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 Y TURNO QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: _____