



Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

## FICHA DE INSCRIPCION NIÑOS

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Nombre de la mamá: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Nombre del papá: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Personas autorizadas a retirarlo:

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

---

---

¿Practica deportes? ¿Cual? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

### **Historia de salud pasada y presente:**

Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_ Problemas ortopédicos o musculares \_\_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_\_ Fracturas \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_ Problemas de coagulación \_\_\_\_\_

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a algún medicamento y /o sustancia?  
(Ej. Penicilina, yodo, aspirinas) \_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicación en forma permanente? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

Colocar cualquier información adicional medica que considere importante para nuestro conocimiento y asi realizar la actividad en forma adecuada para el cuidado de la salud de su hijo. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma