

COLONIA DE VACACIONES 2020-2021

DICIEMBRE: del 21 al 31 de diciembre. 24 y 31 hasta las 16hs.

ENERO: del 4 al 29 de enero. 1° Quincena del 4 al 15 de enero. 2° Quincena del 18 al 29 de enero.

FEBRERO: del 1 al 12 de febrero

INGRESO

de 4 a 7 años por Pedro Morán 4151

de 8 a 12 años por Pasaje Lavaisse

SALIDA por PASAJE LAVAISSE

16:45hs 4 y 5 años

16:55hs 6 y 7 años

17:00hs 8 a 12 años

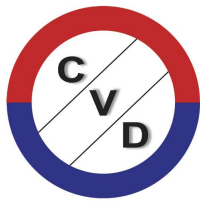
- Burbujas de 10 colonos más 1 docente a cargo
- Actividades recreativas y deportivas. Semanas temáticas
- Talleres deportivos: handball, natación, fútbol, gimnasia rítmica
- Servicio de emergencias
- Almuerzo: Se puede contratar con el concesionario del buffet o traer su vianda

IMPORTANTE: CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA
DECLARACIÓN JURADA
APTO DE PILETA

ELEMENTOS DE LA MOCHILA: malla, ojotas, zapatillas, gorra para baño y sol, toalla, protector solar, repelente, cuaderno con nombre, vianda para desayuno, almuerzo y/o merienda. Una muda extra de ropa. Se recomienda malla de 2 piezas para las niñas. Traer el protector solar aplicado desde la casa.

No olvidar: barbijo con apellido e inicial del nombre.

Pegar el recibo de pago en el cuaderno



APTO MÉDICO Y APTO DE PILETA COLONIA DE VACACIONES 2020-2021

Fecha: __/__/____

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____

DNI: _____

Grupo sanguíneo y factor: _____

OBRA SOCIAL: _____

Nº Afiliado: _____ Tel Emergencias: _____

ANTECEDENTES:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual:

¿Tiene algún tipo de alergias?

SI NO Aclaración:

¿Recibe tratamiento permanente?

SI NO Aclaración:

TRATAMIENTOS

¿Recibe algún tratamiento médico periódico?

SI NO Especificar:

¿Presenta alguna limitación física?

SI NO Cual:

Durante los últimos 3 años ¿Fue internado alguna vez?

SI NO Causa:

¿Tiene alguna restricción alimentaria?

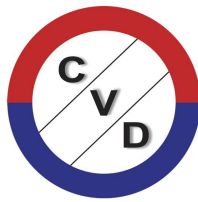
SI NO Especificar:

Últimas vacunas recibidas:

Dejo constancia que _____ con DNI _____ está
apto/a para realizar actividades deportivas.

Firma Padre/Madre o tutor

Firma, aclaración y matrícula



FICHA DE INSCRIPCIÓN COLONIA DE VACACIONES 2020-2021

DATOS PERSONALES (*Obligatorio)

Nombre y Apellido*: _____

Fecha de Nacimiento*: ___/___/_____ Edad*: _____ DNI*: _____

Nombre de los padres*: _____

Domicilio*: _____

Teléfono Particular: _____ Celular Mamá*: _____

Celular Papá*: _____

E-mail*: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido*: _____ Parentesco: _____

Teléfonos*: _____

AUTORIZADOS PARA RETIRAR AL NIÑO:

Nombre y Apellido*: _____ DNI*: _____

Nombre y Apellido : _____ DNI: _____

Nombre y Apellido : _____ DNI: _____

OBSERVACIONES

ESPECIFICAR SI EL NIÑO/NIÑA SE QUEDARA LUEGO DE LA COLONIA EN ALGUNA ACTIVIDAD DEL CLUB.

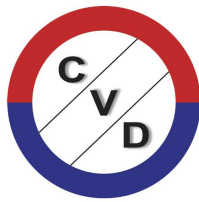
ACTIVIDAD: _____ DIA Y HORARIO: _____

En el caso de que el niño sea socio y se quedara luego en el club sin un mayor responsable, deberá hacer una autorización por escrito donde lo aclare.

Notificado: Firma y aclaración.

MADRE

PADRE



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

De acuerdo con lo que establece el **protocolo vigente del Ministerio de Salud**, los pacientes **que presenten síntomas compatibles con COVID-19**, deben permanecer en sus domicilios y contactarse telefónicamente con su cobertura médica o con el SAME, llamando al 107 (en CABA) o al 148 (en la provincia de Buenos Aires).

El Ministerio de Salud ha definido los protocolos de atención correspondientes, que determinan que **el paciente debe permanecer en aislamiento hasta que se confirme o descarte el diagnóstico**. Tenga presente que no cumplir con el aislamiento está penalizado, de acuerdo con el Art. 205 del Código Penal.

Leído y notificado según párrafos precedentes, procedo a completar la Declaración Jurada:

¿Presenta actualmente o presentó dentro de los últimos 10 días los siguientes síntomas?

Fiebre (37.5° o más)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del gusto o del olfato	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neumonía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cefalea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mialgias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diarrea y/o vómitos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa, indique la fecha de aparición de los síntomas

¿Tuvo COVID-19? (hisopado positivo con o sin síntomas)

Sí No En caso afirmativo, ¿presenta certificado de alta? Sí No

¿Es personal de salud o personal de fuerzas de seguridad o fuerzas armadas, brinda asistencia a personas mayores o trabaja en instituciones cerradas o de internación prolongada?

Sí No

¿En los últimos 14 días estuvo en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19?

Sí No

DATOS DEL SOCIO / NO SOCIO QUE INGRESA

Fecha:/...../.....

Nombre y Apellido:.....

Tipo y N° de Documento:.....

Domicilio:.....

Firma.....:

Esta Declaración Jurada deberá ser presentada cada vez que ingresa a la institución