

Organismo:	N° de afiliado:	Control de pago N°
<b>DATOS DEL COLONO</b>		
Apellido y Nombre:		
DNI:	Edad:	Fecha de Nac. / / N° de Ficha:
Domicilio:		
Años en la Colonia:		Hermanos:
Nombre del Padre:		DNI N°
Nombre de la Madre:		DNI N°
Contactos de llamada:		
Contactos whatsapp:		
<b>AUTORIZACIONES</b>		
Autorizo a mi hija/o a ascender y descender del transporte que lo traslada al camping sito en calle 89 y 143 y en el siguiente recorrido:      Sube en:      Baja en: (solo se puede optar por un recorrido)		
Autorizo a recibir a mi hijo del recorrido correspondiente o retirarlo de las instalaciones del camping a :		
Apellido y Nombre:		DNI N°
Apellido y Nombre:		DNI N°
Autorizo a mi hija/o a la toma de fotografías para uso Institucional, ya sea pagina web o redes sociales SI o NO (tachar lo que NO corresponda)		
<b>BOLSO DEL COLONO (todos los elementos deben tener el nombre etiquetado)</b>		
<b>Elementos de comedor:</b> plato plastico, vaso, mantel individual, cubiertos sin punta, servilleta.		
<b>Elementos de higiene personal:</b> Cepillo de dientes, pasta dental, jabon, protector solar, repelente de insectos Toallas, gorro para el sol, ojotas, malla, gorra de baño (si tiene cabello largo).		
<b>NO traer:</b> juguetes, objetos de valor, alimentos, medicamentos, vestimentas muy nuevas, vajilla de vidrio, cuchillo tipo tramontina.		
Firma y Aclaracion:		
DNI N°	Vinculo con menor:	

Gracias por elegirnos y confiar en nosotros.

#UPCNesFamilia

#UPCNsosVos

Apellido y Nombre:		Edad:	Antitetánica:
Libreta Sanitaria(revisada):		Salud Bucodental:	
Toma algún medicamento? SI O NO(tachar lo que no corresponda)		¿Cuál?	
Alergico a:			
Dieta en particular(especificar):			
Autorización para realizar esfuerzos físicos. (presentar certificado médico)			
Firma del médico		Sello del médico	

<b>En caso de emergencia autorizo a trasladar a mi hija/o al Hospital de Niños de Plata o eventualmente al hospital mas cercano.SI O NO(tachar lo que no corresponda)</b>
---

Intervenciones quirúrgicas:
Alergias:
Cuidados especiales:
Toma algún medicamento:
Alguna actividad contraindicada:

Otro dato que considere importante para nuestro conocimiento sobre su hija/o:
---

Observaciones:
----------------

Firma	Aclaración	DNI
-------	------------	-----