

# U.P.C.N. Colonia 2016 - Ficha de Inscripción

Apellido y Nombre:

N° de Ficha:

Edad:

DNI:

Fecha de Nacimiento: / /

N° Afiliado:

Domicilio:

Control de pago N°:

Años en la colonia:

Hermanos:

Nombre del padre:

DNI N°:

Nombre de la madre:

DNI N°:

Domicilio laboral y horario:

Teléfonos:

1)

2)

3)

4)

Observaciones:

2) Autorizo a mi hija/o a ascender y descender del transporte que lo traslada al camping de la organización sito en calle 89 y 143 de La Plata y en el recorrido que he optado:

Recorrido:

Sube en:

Baja en:

Recordamos a los señores padre que sólo se puede optar por un recorrido siendo el mismo micro para ida y regreso.

Firma:

Aclaración:

Documento N°:

Vínculo con el menor:

## Bolso del Colono:

### Elementos de comedor:

Plato plástico, vaso, mantel individual, cubiertos sin punta, servilleta.

### Elementos de higiene personal:

Cepillo de dientes, pasta dental, jabón, protector solar. Repelente de insectos. Toallas, gorro para el sol, ojotas, malla, gorra de baño (si tiene cabello largo).

**Todos los elementos deben tener el nombre etiquetado.**

### NO TRAER

Juguetes, objetos de valor, alimentos, medicamentos, vestimentas muy nuevas, cuchillo tipo tramontina, vajilla de vidrio

Gracias por confiar en nosotros.

U.P.C.N. seccional Provincia de Buenos Aires.

**U.P.C.N. Colonia 2016 - Ficha Médica (a completar por médico de cabecera)**

**Nombre:**

**Edad:**

**Libreta Sanitaria: (revisada)**

**Antitetánica:**

**Salud Bucodental:**

**N° de Ficha:**

**¿Toma algún medicamento? SI/NO ¿cuál?**

**Alérgico a:**

**Dieta en particular (especificar)**

**Autorización para realizar esfuerzos físicos:**

**El colono SI / NO se encuentra en condiciones de salud óptimas para realizar esfuerzos físicos adecuados a su edad**

**Firma y sello del profesional Médico:**

**Autorizo, en caso de emergencia, a trasladar a mi hija/o al Hospital de Niños de La Plata o eventualmente al hospital más cercano.**

**Firma:**

**DNI:**

**Observaciones:**

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

**Intervenciones Quirúrgicas:**

**Alergias:**

**Cuidados especiales:**

**Toma algún medicamento:**

**Alguna actividad contraindicada:**

**Otro tipo de tratamiento:**