

PARA LLENAR POR DEPORTES	NATACION	N1	N2	PL	GA	EQ	DO	WP	Día LU - MA - MI - JU - VI - SA Hora: _____									
	DEPORTE	ATLE	BMX	CICL	C. MAR	FUTB	FUTS	GIM	HAND	HOCK	KUNG FU	LEV.	PAT	RUNN	TKD	T. DE MESA	VOL	TAI CHI
	DEPORTE	VOL ADAP	ZUMBA															
	RECIBIDO	_____ / _____ / 2019							AGENTE: _____									
Observaciones: _____																		

REQUISITOS

- 1 - FICHA MEDICA COMPLETA ITEMS 1-2-3-4-5, LETRA LEGIBLE Y CON DIAGNOSTICO.
- 2 - DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR: DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DENTRO DEL PARTIDO DE LOMAS DE ZAMORA), TASA DE SERV. GENERALES, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, INFORME DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.
- 3 - LA FICHA MÉDICA TIENE VALIDEZ HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN CURSO, DEBIENDO COINCIDIR CON LA FECHA DE REALIZACIÓN DEL APTO MEDICO.

1- DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:		
Tipo y N° Doc:	Fecha Nac. / /	Edad:
Dirección:		Localidad:
TE Fijo:	TE Móvil: (15)	TE optativo:
E-mail:		Padrón N°
OBRA SOCIAL SI - NO	Razon Social:	N° Afiliado:
	Lugar de Atención:	Telefono:

¿CUANDO FUE LA ÚTIMA VEZ QUE REALIZÓ ACTIVIDAD FISICA CONTINUA? _____

2 - EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

FAMILIAR O VECINO:	Apellido y Nombre:		
	Dirección:	Telefono:	
MEDICO:	Apellido y Nombre:		
	Dirección:	Telefono:	

AUTORIZA LA ATENCION DE LA ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIA SI NO

3- AUTORIZACION PARA MENORES 18 AÑOS

En carácter de padre, madre o tutor de..... autorizo a que realice actividades físicas y/o acuáticas de acuerdo a su edad, sexo y talla.

FECHA:/...../2019 FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR:.....

ACLARACION:..... N° D.N.I.:.....


MAIL:..... MOVIL:.....

4- AUTORIZACION DIFUSION IMAGEN

Declaro y autorizo a la difusión total o parcial de su imagen, voz o reacciones a fin de que sea divulgada y/o incorporada en publicidad/propaganda institucional. En tal sentido autorizo al Municipio de Lomas de Zamora, incluya y edite la imagen, sin restricciones ni limites temporales, asi como medios de difusión. Dejo expresa constancia que por medio del presente documento cedo de manera gratuita la imagen al Municipio de Lomas de Zamora.

Firma Autorizante:..... Aclaración:.....

PARA LLENAR POR DEPORTES

															ORDEN N°			
El/la Sr/a _____ DNI N° _____																		
Entrego ficha el ____/____/2019, recibido por _____																		
Se inscribió en :																		
DEPORTE	ATLE	BMX	C. MAR	CICL	FUTB	FUTS	HAND	HOCK	LEV.	PAT	KUNG FU	TK D	T. DE MESA	VOL	GIM	TAI CHI	VOL ADAP	ZUM
DEPORTE	BOC	TORB GOAL																
Comienza el día ____/____/2019																		
NATACION (a confirmar por el área día y horario)	N1	N2	PL	GA	WP	EQ	DO											

DEBIDO A LA DEMANDA QUE EXISTE PARA CONCURRIR A LOS NATATORIOS POR LOS VECINOS DE LOMAS DE ZAMORA, LOS CUPOS ESTARÁN SUJETOS A ROTACIONES DURANTE EL AÑO. SIENDO FACULTAD DE LA SUBSECRETARIA FRECUENCIA DE CLASES Y DURACIÓN DE LAS MISMAS.

5- PARA LLENAR POR EL MEDICO (marcar lo que corresponde)

Asma	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsias	<input type="checkbox"/>	Trast. Articular u óseos	<input type="checkbox"/>	Otros:		
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Trastornos cardíacos	<input type="checkbox"/>			
Se dialisa	<input type="checkbox"/>					

Intervenciones quirúrgicas

Intolerancia y/o alergias a medicamentos

Medicación de uso habitual ¿Cuál y cómo?

TRATAMIENTOS

Recibe tratamiento médico:

Presenta alguna limitación física:

Utiliza ayuda en la marcha:

EXAMEN CARDIOLOGICO**EXAMEN FISICO**

Tensión arterial:

Grupo:

Contextura Física:

Pulso:

Factor RH:

Altura:

OBS:

Peso:

DIAGNOSTICO: (con letra legible y especificado)**INDICACIONES DEL ESPECIALISTA SEGÚN LA PATOLOGIA**

El Sr/a/ta _____ se encuentra APTO para realizar actividades físicas y/o acuaticas de acuerdo a su edad, sexo y talla.

Fecha

Sello

Firma del médico

INFORMES:subsecretariadeportesldz@gmail.com**Parque Municipal Eva Perón de Lomas**

Lunes a sabados de 8:00 a 20:00 horas

Molina Arrotea y Las Lilas (CP 1832)

TE: (011) 4282-0529/ 8173 / 4431 / 2911

[/deporteslomas](https://www.facebook.com/deporteslomas)[@deporteslomas](https://www.instagram.com/deporteslomas)**Natatorio Guyo Sember**

Lunes a viernes de 8 a 19

Av. Alsina 1865 (CP 1832)

TE: (011) 4243-9568

[/deporteslomas](https://twitter.com/deporteslomas)

1157584355