Sec. de la Mujer y la Flia.
SATSAID
Sindicato Argentino de Televisión
Servicios Audiovisuales, Interactivos y de Datos

FICHA DE SALUD- VIAJE DE INVIERNO

FECHA ...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL COLONO.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE, MADRE OTUTOR.....

DIRECCIÓN.....TELÉFONO.....

E-MAIL:.....

ES ALÉRGICO? SI - NO A QUÉ?.....

HA SUFRIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DIAS (MARCAR CON UNA X)

a) PROCESOS INFLAMATORIOS ( )
b) FRACTURAS O ESGUINCES ( )
c) ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS ( )
d) OTRAS .....

ESTÁ TOMANDO ALGUNA MEDICACIÓN? SI - NO

CUAL/ES?.....

COMENTARIOS O INDICACIONES QUE ESTIME NECESARIO DEBAN CONOCER LOS PROFESORES Y PERSONAL MEDICO.

.....

.....

AUTORIZO A MI HIJO/A.....*DE.....EDAD,*

A REALIZAR EL VIAJE/COLONIA/EXCURSION A .....ENTRE LOS DIAS ... . DEL AÑO.....,COMO TAMBIEN AUTORIZO POR LA PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MEDICOS.

DNI DEL COLONO: .....FECHA DE NACIMIENTO.....

TELEFONOS DE EMERGENCIA (CONSIGNAR VARIOS)

.....

.....

.....

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA PLANILLA DE SALUD DE MI HIJO/A:

LA PRESENTE SE REALIZA BAJO LA FORMA DE DECLARACION JURADA CON RELACION A LOS DATOS CONSIGNADOS ARRIBA.

_____

FIRMA Y ACLARACION DEL
PADRE MADRE O TUTOR