


PARA LLENAR POR DEPORTES	NATAACION	<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> EQ	<input type="checkbox"/> WP	<input type="checkbox"/> DO	Día LU - MA - MI - JU - VI - SA Hora: _____												
	DEPORTE	<input type="checkbox"/> ATLE	<input type="checkbox"/> BMX	<input type="checkbox"/> CICL	<input type="checkbox"/> C. MAR	<input type="checkbox"/> FUTB	<input type="checkbox"/> FUTS	<input type="checkbox"/> GIM	<input type="checkbox"/> HAND	<input type="checkbox"/> HOCK	<input type="checkbox"/> KUNG FU	<input type="checkbox"/> LEV.	<input type="checkbox"/> PAT	<input type="checkbox"/> ZUMBA	<input type="checkbox"/> TKD	<input type="checkbox"/> T. DE MESA	<input type="checkbox"/> VOL	<input type="checkbox"/> TAI CHI
	DEPORTE	_____																
	RECIBIDO	_____ / _____ / 2020										AGENTE: _____						
Observaciones: _____																		

REQUISITOS	1 - FICHA DE INSCRIPCIÓN: COMPLETAR LOS ITEMS 1-2-3-4-5, LETRA LEGIBLE Y DIAGNOSTICO.
	2 - DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR: FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DENTRO DEL PARTIDO DE LOMAS DE ZAMORA). DOCENTES: CERTIFICADO LABORAL EMITIDO POR ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO. PERSONAS CON DISCAPACIDAD: FOTOCOPIA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ACTUALIZADO.
	En todos los casos ORIGINAL DE LA TASA DE SERVICIOS GENERALES

COMPLETAR POR EL SOLICITANTE - LETRA IMPRENTA LEGIBLE.	1- DATOS PERSONALES		
	Apellido y Nombre: _____		
	Tipo y N° Doc: _____	Fecha Nac. _____ / _____ / _____	Edad: _____
	Dirección: _____		Localidad: _____
	TE Fijo: _____	TE Móvil: (15) _____	TE optativo: _____
	TSG Padrón N° _____	E-mail: _____	
	OBRA SOCIAL SI - NO	Razon Social: _____ Lugar de Atención: _____	N° Afiliado: _____ Telefono: _____
	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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
3- 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, así 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:..... Aclaración:.....			

PARA LLENAR POR DEPORTES			ORDEN N°								
	El/la Sr/a _____ DNI N° _____										
	Entrego ficha el ____/____/2020, recibido por _____										
	Se inscribió en :										
	DEPORTE	<input type="checkbox"/> ATLE	<input type="checkbox"/> C. MAR	<input type="checkbox"/> GIM	<input type="checkbox"/> KUNG FU	<input type="checkbox"/> TKD	<input type="checkbox"/> T. DE MESA	<input type="checkbox"/> TAI CHI	<input type="checkbox"/> VOL ADAP	<input type="checkbox"/> ZUMBA	_____
	DEPORTE	_____									Comienza el día ____/____/20
NATAACION		<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> EQ	<input type="checkbox"/> WP	<input type="checkbox"/> DO	Día LU - MA - MI - JU - VI - SA Hora: _____					
LA FICHA MÉDICA TIENE VALIDEZ HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO EN CURSO, DEBIENDO COINCIDIR CON LA FECHA DE REALIZACIÓN DEL APTO MEDICO. 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.											

4 - PARA LLENAR POR EL MEDICO (completar lo que corresponde, diagnóstico e indicaciones con letra legible)

Asma		Hernias		Alergias	
Diabetes		Hipertensión		Sobrepeso	
Epilepsias		Trast. Articular u óseos		Otros:	
Hepatitis		Trastornos cardíacos			
Se dialisa					

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 acuáticas de acuerdo a su edad, sexo y talla.

Fecha

Sello

Firma del médico

INFORMES:

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

Natatorio Guyo Sember
 Lunes a viernes de 8 a 19 - Sábados de 9 a 12 hs
 Av. Alsina 1865 (CP 1832)
 TE: (011) 4243-9568

 secretariadeportesMLZ@gmail.com

 /deporteslomas

 @deporteslomas

 /deporteslomas