

DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO	NOMBRE COMPLETO:						
	DNI:		FECHA NAC:		EDAD:		
	DOMICILIO:						
	ESPACIO A COMPLETAR POR PERSONAL DE ECOLONIA						
	SEMANA:	3 AL 6 DE ENERO	10 AL 13 DE ENERO	17 AL 20 DE ENERO	24 AL 27 DE ENERO	31 DE ENERO AL 3 DE FEBRERO	7 AL 10 FEBRERO
	TURNO:	DE 9 A 13 HS		DE 13:30 A 17:30 HS			
GRUPO: _____							

IMPORTANTE: ESTE FORMULARIO SOLO TIENE VALIDEZ SI PREVIAMENTE REALIZÓ LA INSCRIPCIÓN ONLINE

REQUISITOS	* PRESENTAR FOTOCOPIA DE DNI Y DEL CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL NIÑO O LA NIÑA PARTICIPANTE DE LA COLONIA
	* PRESENTAR DNI ORIGINAL DEL ADULTO O ADULTA RESPONSABLE AL PRESENTARSE A LA COLONIA
	* SER VECINA O VECINO CON DOMICILIO EN LOMAS DE ZAMORA

ADULTA/OS AUTORIZADA/OS A RETIRAR AL NIÑO O LA NIÑA	NOMBRE COMPLETO:	
	DNI:	TELEFONO:
	PARENTESCO:	
	NOMBRE COMPLETO:	
	DNI:	TELEFONO:
	PARENTESCO:	
	NOMBRE COMPLETO:	
	DNI:	TELEFONO:
	PARENTESCO:	
	NOMBRE COMPLETO:	
	DNI:	TELEFONO:
	PARENTESCO:	

SOLO LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE PODRÁN RETIRAR DE LA COLONIA AL NIÑO O LA NIÑA

ASMA		DIALISIS		DIABETES		TRAST. CARDIACOS	
HERNIAS		EPILEPSIAS		HIPERTENSION		SOBREPESO	
HEPATITIS		TRAST. ARTICULAR		TRAST. OSEOS		ALERGIAS	

INTOLERANCIA Y/O ALEGIAS A MEDICAMENTOS: _____

MEDICACIÓN DE USO HABITUAL ¿Cuál y cómo?: _____

¿RECIBE TRATAMIENTO MÉDICO? : SI NO

¿Cuál?: _____

¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD? SI NO

¿Cuál?: _____ ¿Cuenta con Certificado Único de Discapacidad?: SI NO

HOGAR

¿EL ADULTO/A RESPONSABLE DE LA FAMILIA TIENE EMPLEO? SI NO

SI TIENE EMPLEO:

FORMAL	INFORMAL	MONOTRIBUTISTA	COOPERATIVISTA
--------	----------	----------------	----------------

 SECTOR PÚBLICO SECTOR PRIVADO

OTRO: _____

EN EL CASO DE ESTAR DESEMPLEADO/A O TENER UN TRABAJO INFORMAL, ¿COBRA LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO? SI NO

ESCUELA

¿EN EL AÑO 2022 FUE AL JARDIN O A LA ESCUELA? SI NO

¿QUE GRADO O AÑO? _____

¿PARTICIPÓ DEL PROGRAMA APRENDIENDO A NADAR DEL MUNICIPIO? SI NO

¿RECIBIO COMPUTADORA O TABLET EN EL PROGRAMA CONECTAR IGUALDAD? SI NO

¿RECIBIO BICICLETA EN EL MARCO DEL PROGRAMA LOMAS EN BICI? SI NO

¿REALIZA ACTIVIDAD DEPORTIVA FUERA DE HORARIO ESCOLAR EN ALGUN CLUB O INSTITUCION DEL BARRIO? SI NO

¿EN QUE INSTITUCIÓN? _____

1 - ¿AUTORIZA LA ATENCION DE LA ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIA? : SI NO

2 - ¿AUTORIZA LA DIFUSIÓN DE IMAGEN?: SI NO

En mi carácter de padre, madre o tutor de autorizo a que participe en las actividades deportivas, recreativas y/o acuáticas, asi como concurrir a las distintas competencias de las disciplinas programadas y supervisadas por la Secretaría de Deportes, ya sean torneos oficiales y/o amistosos. Asimismo autorizo y cedo de manera gratuita al Municipio de Lomas de Zamora la difusión total o parcial de su imagen y voz, a fin de que sean divulgadas y/o incorporadas en publicidad y/o propaganda institucional, sin restricciones ni límites temporales.

Fecha:/...../2023 Firma de padre/madre/tutor:

Aclaración: N° D.N.I.: