



## SOLICITUD PARA FORMAR PARTE DE LA COLONIA DE VACACIONES

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Para hijos de judiciales afiliados al gremio, ambos sexos, nacidos el año \_\_\_\_\_

### LA COLONIA SE LLEVA A CABO EN MIRAMAR

FECHA DE PARTIDA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FECHA DE REGRESO DEL CONTINGENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CIERRE DE INSCRIPCIÓN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1) Apellido y nombre del Menor: \_\_\_\_\_

2) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

3) Domicilio del menor (datos completos) \_\_\_\_\_

4) Nombre del padre: \_\_\_\_\_

5) Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

6) Oficina donde trabaja el titular: \_\_\_\_\_

Dependiente de los Tribunales de \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Llamar de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

7) Indicar con qué medio de transporte viaja (si fuera por sus propios medios)

Otros datos que se consideren de interés \_\_\_\_\_

Firma del titular \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Departamental \_\_\_\_\_ Sello

Firma del responsable Departamental \_\_\_\_\_

Aclaración de la firma \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA VIAJAR

Dejo expresa constancia que autorizo al menor \_\_\_\_\_

nacido el \_\_\_\_\_ Documento de identidad N° \_\_\_\_\_

A viajar para formar parte del contingente de la COLONIA DE VACACIONES, para hijos de judiciales afiliados al gremio, ambos sexos nacidos en el año: \_\_\_\_\_

A partir del día \_\_\_\_\_

Nombre del

Titular: \_\_\_\_\_

Legajo Personal N° \_\_\_\_\_ Documento de identidad N° \_\_\_\_\_

a) Teléfono particular: \_\_\_\_\_ en qué horario? \_\_\_\_\_

b) Teléfono donde es posible comunicarse con familiares \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_

c) Teléfono donde trabaja el padre \_\_\_\_\_

Horario \_\_\_\_\_

d) Teléfono donde trabaja la madre \_\_\_\_\_

Horario \_\_\_\_\_

Firma del padre

Aclaración \_\_\_\_\_



## FICHA MÉDICA

Control médico para ser aplicado en el funcionamiento de la Colonia de vacaciones para los hijos de judiciales afiliados al gremio, de ambos sexos, nacidos en el año

### LUGAR DONDE SE LLEVA A CABO LA COLONIA: MIRAMAR

- 1) Apellido y nombre del Menor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 3) Domicilio del menor (datos completos)  
\_\_\_\_\_
- 4) Documento de Identidad n°  
\_\_\_\_\_
- 5) Grupo y Factor sanguíneo \_\_\_\_\_

### ENFERMEDADES PADECIDAS

Marcar con una cruz los casilleros correspondientes a las enfermedades padecidas por el menor y colocar en las líneas respectivas los años en los que enfermó.

Sarampión	Tos convulsiva	Varicela	Reumatismo
Amigdalitis	Rubeóla	Hepatitis	Parasitosis
Gastritis	Poliomielitis	Disentería	Asma
Epilepsia	Úlcera	Viruela	Varicocele
Hemorroides	Adenoides	Hernia	
Apendicitis	Gripe	Paperas	
Alergia	Paludismo	Diarrea	

### INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Varicocele	Amigdalitis	Hernia	Apendicitis
------------	-------------	--------	-------------

### VACUNAS SUEROS: (indicar fecha de la última dosis)

Antivariólica	Antidiftérica	Antitetánica	Apendicitis
Anticoqueluche	Sabin	BCG	
	Triple	Cuádruple	



## FICHA MÉDICA

Alergias: si es alérgico a algunos de éstos elementos indicarlo marcando el casillero respectivo.

### Alimentos

Lácteos	Salsas	Verduras	Condimento
Embutidos	Gaseosas	Harinas	Frituras
Pescados	Carnes	Quesos	Otros

### Varios

Polvillo del suelo		Contacto con plantas	
Contacto con pétalos		Otros	

### Medicamentos:

Cuáles: \_\_\_\_\_

Antibióticos \_\_\_\_\_

### Ópticos

Astigmatismo	Presbicia	Miopía
Estrabismo	Hipermetropía	Daltonismo

### Controles

Presión sanguínea	Pulsación normal	Capacidad pulmonar
Ritmo respiratorio	Grupo sanguíneo	Talla          Peso

### Tiene dificultades: (Sí - No)

Aparato locomotor	Aparato circulatorio	Aparato respiratorio
Nariz	Garganta	Aparato digestivo
Piel		

Sufre hongos en los dedos de los pies? \_\_\_\_\_

Que remedios usa para los hongos? \_\_\_\_\_

Sufre actualmente alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

Indicar cuál \_\_\_\_\_

Certifico que el menor de edad \_\_\_\_\_

Goza de buena salud, física y mental pudiendo, desde el punto de vista médico, luego del control efectuado, pudiendo formar parte de un contingente de Colonia de Vacaciones.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_



## DATOS A COMPLETAR POR LA FAMILIA DEL MENOR

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Hijo de: \_\_\_\_\_

y de: \_\_\_\_\_

Nacido el día \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

O \_\_\_\_\_

Sigue algún régimen especial de comidas: SI NO  
(Tachar lo que no corresponda)

Afirmativo? Indicar

Cuál \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es SONÁMBULO SI NO

CAMINA DORMIDO SI NO

HABLA EN VOZ ALTA CUANDO DUERME SI NO

### HABILIDADES FÍSICAS

SABE ANDAR EN BICICLETA SI NO

SABE NADAR SI NO

SABE ANDAR A CABALLO SI NO

REGULAR BIEN MUY BIEN

SABE REMAR SI NO

REGULAR BIEN MUY BIEN

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_

Aclaración de la firma \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA MADRE \_\_\_\_\_

Aclaración de la firma \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_