



FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

Paroaria Granda N° 130
Añada a la C.G.T. y I.P.C.T.T

LIMA 163
1073 Cca. Federal

Teléfono:
98-0497 97-021099 43

"Por los Derechos del Trabajador"

COLONIA INFANTIL - "CASA DEL NIÑO"

SOLICITUD

CTE.
FECHA.....

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ DOC.: _____
 DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____ TEL.: _____
 PADRE: _____ MADRE: _____
 TELEFONOS URGENCIAS: _____

• EXPERIENCIAS ANTERIORES:

• COLONIA DE VACACIONES

AÑO	LUGAR	PERIODO O DURACION

• CAMPAMENTO

AÑO	LUGAR	PERIODO O DURACION

• OTRAS ACTIVIDADES

- Participa en actividades recreativas en forma sistemática? _____
- Cuáles? _____
- Dónde? _____
- Desde cuándo? _____
- Practica deportes en forma sistemática? _____
- Cuáles? _____
- Dónde? _____
- Desde cuándo? _____

• INTERESES (marcar con una cruz)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| - Voley <input type="checkbox"/> | - Natación <input type="checkbox"/> | - Plástica <input type="checkbox"/> | - Literatura <input type="checkbox"/> |
| - Basquet <input type="checkbox"/> | - Otros <input type="checkbox"/> | - Manualidades <input type="checkbox"/> | - Ciencias <input type="checkbox"/> |
| - Fútbol <input type="checkbox"/> | | - Música <input type="checkbox"/> | - Campamento <input type="checkbox"/> |
| - Softbol <input type="checkbox"/> | | - Canto <input type="checkbox"/> | |
| - Pelota al Cesto <input type="checkbox"/> | | - Teatro <input type="checkbox"/> | |

• SABE NADAR: SI NO

• AUTORIZACION

Autorizamos a nuestro/a hijo/a, _____ a participar en _____
 que realiza _____
 de la localidad de _____ desde el _____ de _____ de _____
 al _____ de _____ de 19 _____, bajo la modalidad _____

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

• ENFERMEDADES PADECIDAS (marcar con una cruz)

Sarampión <input type="checkbox"/>	Varicela <input type="checkbox"/>	Peperas <input type="checkbox"/>	Amigdalitis <input type="checkbox"/>	Poliomielitis <input type="checkbox"/>
Rubéola <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Gastritis <input type="checkbox"/>	Tos convulsa <input type="checkbox"/>
Escarlatina <input type="checkbox"/>	Disenteria <input type="checkbox"/>	Neumático <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Úlcera <input type="checkbox"/>
Nefritis <input type="checkbox"/>	Parasitosis <input type="checkbox"/>	Hemorroides <input type="checkbox"/>	Ascariasis <input type="checkbox"/>	Difteria <input type="checkbox"/>
Viruela <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Apendicitis <input type="checkbox"/>	Gripe <input type="checkbox"/>	Hernia <input type="checkbox"/>
Baricocelo <input type="checkbox"/>	Alergia <input type="checkbox"/>	Paludismo <input type="checkbox"/>		

• INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Baricocelo Amigdalitis Hernia Apendicitis _____

• VACUNAS Y SUEROS (Indicar fecha de la última dosis)

Antivaricela <input type="checkbox"/>	Antidiférica <input type="checkbox"/>	Antitetánica <input type="checkbox"/>	Doble <input type="checkbox"/>
Sabin (polio) <input type="checkbox"/>	Anticólera <input type="checkbox"/>	Antipéptica <input type="checkbox"/>	Anticoqueluche <input type="checkbox"/>
B.C.G. (Tuberculosis) <input type="checkbox"/>	Mantú <input type="checkbox"/>	Triple <input type="checkbox"/>	Artificial <input type="checkbox"/>

• ALERGIAS (marcar con una cruz y/o con un punto las líneas punteadas)

— ALIMENTOS

Lácteos <input type="checkbox"/>	condimentos <input type="checkbox"/>
salsas <input type="checkbox"/>	arbolados <input type="checkbox"/>
verduras <input type="checkbox"/>	gaseosas <input type="checkbox"/>
harinas <input type="checkbox"/>	carnes <input type="checkbox"/>
quesos <input type="checkbox"/>	peces <input type="checkbox"/>
frituras <input type="checkbox"/>	

POLVILLO DEL SUELO _____ PICADURA DE INSECTOS _____
 CONTACTO CON PETALOS O PLANTAS _____ OTROS _____
 MEDICAMENTOS ¿Cuáles? _____
 ANTIBIOTICOS ¿Cuáles? _____
 VACUNAS ¿Cuáles? _____

• CONDICIONES FISICAS ACTUALES

DIENTES (marcar los canados con una cruz)

M	PM	C	I	I	C	PM	M
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OJOS

Astigmatismo Miopia Hipermetrópia Presbicia Estrabismo Daltonismo

PRESION SANGUINEA _____
 PULSACION NORMAL _____ RITMO RESPIRATORIO _____
 CAPACIDAD PULMONAR _____

TALLA: _____ PESO: _____

Si tiene alguna dificultad indicarla en las líneas punteadas siguientes:

APARATO LOCOMOTOR: _____

APARATO CIRCULATORIO: _____

APARATO RESPIRATORIO: _____

NARIZ Y GARGANTA _____

PIEL _____

APARATO DIGESTIVO: _____

¿Sufre de hongos en los dedos de los pies? _____ ¿Que remedio usa para ello? _____

¿Sufre actualmente alguna enfermedad? _____ Indicarla _____

¿Está medicado? _____ Indicar remedio que toma, dosis, horario y hasta cuándo debe tomarlo _____

¿Sigue algún régimen especial de comidas? _____ Indicarlo _____

¿Se tambulea? _____ ¿Camina de noche? _____

¿Habla en voz alta cuando duerme? _____ ¿Tiene pesadillas? _____

¿Padece de enuresis? _____

GRUPO SANGUINEO: _____

EXAMEN MEDICO

Certifico que _____ goza de buena salud, no padece ninguna enfermedad, y está capacitado, física y mentalmente para participar de las actividades propias de la Colonia.

Recomendaciones para el Médico y la Dirección de la Colonia _____

FECHA: _____ FIRMA _____