


PARA LLENAR POR DEPORTES	NATACION	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> GA	<input type="checkbox"/> EQ	<input type="checkbox"/> DO	<input type="checkbox"/> WP	<input type="checkbox"/> PARQUE	<input type="checkbox"/> GUYO	
	Día LU - MA - MI - JU - VI - SA Hora: _____										
	DEPORTE	<input type="checkbox"/> C.	<input type="checkbox"/> GIM	<input type="checkbox"/> KUNG	<input type="checkbox"/> TKD	<input type="checkbox"/> T. DE MESA	<input type="checkbox"/> TAI CHI	<input type="checkbox"/> VOL	<input type="checkbox"/> ZUMBA		
	RECIBIDO	/ / 2020 AGENTE:									
Observaciones: _____											

REQUISITOS

1 - FICHA DE INSCRIPCIÓN: **COMPLETAR LOS ITEMS 1-2-3-4, LETRA LEGIBLE Y DIAGNOSTICO.**
 2 - DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:
ADULTOS MAYORES: 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

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:	N° Afiliado:
		Lugar de Atención:	Telefono:
	2 - EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:		
	FAMILIAR O VECINO:	Apellido y Nombre:	Telefono:
	Dirección:		
MEDICO:	Apellido y Nombre:	Telefono:	
	Dirección:		
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, asi 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 ___/___/2020									
	NATACION	<input type="checkbox"/> N1	<input type="checkbox"/> N2	<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> GA	<input type="checkbox"/> EQ	<input type="checkbox"/> DO	<input type="checkbox"/> WP	<input type="checkbox"/> PARQUE	<input type="checkbox"/> GUYO	
	(vigencia hasta el día ___/___/20) 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					
<p style="text-align: center;">El Sr/a _____ se encuentra APTO para realizar actividades físicas y/o acuáticas de acuerdo a su edad, sexo y talla.</p>					
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