



PROGRAMA MUNICIPAL DE

ESCUELA DEPORTIVAS 2023

APELLIDO	Perez			NOMBRE	Adriel		
N° DNI	41.023.554			NACIONALIDAD	Argentino		
TEL. FIJO	—			CELULAR	1128552975.		
FECHA DE NACIMIENTO	24	04	1998	EDAD	24		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	Moine		N°	650		
BARRIO			LOCALIDAD	Bella Vista		CP	1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	(NO)	¿CUÁL?	—		N° SOCIO	—
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)							
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO		
	PRIMARIO	EN CURSO	COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO		
	SECUNDARIO	EN CURSO	COMPLETO	X INCOMPLETO	AÑO		

¿Es Alérgico? SI (NO) ¿A qué? —

¿Está tomando alguna medicación? SI (NO) ¿Cuál? —

COVID-19 POSITIVO. SI (NO) Fecha de alta: —

¿Ha sufrido en los últimos 30 días? (Marcar con una cruz).

Procesos inflamatorios: NO ¿Cuál? —

Fractura o esguinces: NO ¿Cuál? —

Enfermedades infecto – contagioso: NO ¿Cuál? —

Intervenciones quirúrgicas NO ¿Cuál? —

¿Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardiaco – Hipertensión – Diabetes – Asma – Epilepsia – Oncológica – Psiquiátrica – Obesidad – Otros.

¿Cuál? —

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI (NO) ¿Cuál? Apendicitis – Amigdalitis – Hernia – Otra

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI (NO) ¿A cuál?

¿Tuvo alguna vez dolor en el pecho, palpitaciones o desmayos durante la realización de actividades físicas? SI (NO) ¿Cuál?

Considera proporcionar alguna información que no esté representada en los ítems anteriores: SI (NO) ¿Cuál?

Grupo Sanguíneo:

O+

Yo Adriel Perez, de DNI 41.023.554, declaro bajo juramento que al momento de suscribir la presente Declaración Jurada manifiesto mi buen estado de salud, no obligación de cuarentena, ni vínculos cercanos con personas afectadas de COVID-19 así como también ningún integrante del grupo familiar conviviente ha manifestado síntomas compatibles con COVID-19.

En caso de ser recuperado de COVID-19, anexo a la presente Declaración Jurada un apto físico que ratifica mi buen estado de salud, demostrando que el coronavirus no ha dejado enfermedades ni síndromes como efecto posterior (miocardiopatía, arritmias, etc.)

De este modo dejo asentado que la presente declaración jurada regirá hasta que se modifique alguna de las condiciones descriptas en el primer párrafo.

Manifiesto estar satisfecho/a con toda la información recibida y haber sido veraz en la que manifiesto.

Así mismo presto mi consentimiento de participar activamente del **PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELAS DEPORTIVAS 2023** de la Municipalidad de San Miguel; desligando a la misma, como así también a la Subsecretaría de Deportes y a los profesionales que en ella se desempeñen, de cualquier problema de salud declarado o no en este documento, que surgiera de su participación en la mencionada actividad.

La información que antecede será tomada en virtud de **declaración jurada**.

NOMBRE Y APELLIDO	<u>Adriel Perez</u>		
D.N.I.	<u>41.023.554.</u>	TELÉFONO	<u>1128552975</u>
LUGAR Y FECHA:	<u>Bella Vista, 01/03/2023</u>		FIRMA: <u>Adriel Perez</u>

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
<u>Madre</u>	<u>Manela Carabatal</u>	<u>1167593052</u>	<u>-</u>
<u>Padre</u>	<u>Leonardo Perez.</u>	<u>1138898579</u>	<u>-</u>

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION