



PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	PUNDANG			NOMBRE	ILIAN		
Nº DM	50.154.782			NACIONALIDAD	ARGENTINO		
TEL. FIJO	NO TENGO 1534115940 - PAPÁ			CELULAR	1534116998 - MAMÁ		
FECHA DE NACIMIENTO	11	03	10	EDAD	12 AÑOS		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	CORDOBA			Nº 1755		
BARRIO				LOCALIDAD	BELLA VISTA		CP 1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	SI	NO	¿CUÁL?	OSDE	Nº SOCIO	61528980004	
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la mamá) SOLO CARNET DIGITAL							
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO		COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO	
	PRIMARIO	EN CURSO		COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO	
	SECUNDARIO	EN CURSO	X	COMPLETO	INCOMPLETO	AÑO	2 DO.

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)

¿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 - contagiosas: ~~NO~~ ¿Cuál?Intervenciones quirúrgicas: ~~NO~~ ¿Cuál?

¿Cuáles son los factores de riesgo y/o enfermedades crónicas que presenta? Soplos cardíacos - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - Oncológica - Psiquiátrica - Obesidad - Otras

¿Cuál? ~~NINGUNO~~¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? ~~SI~~ - NO ¿Cuál? Apéndice - Amígdalas - Hernia - Otra

OCCOS 2012

¿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?

Gruposanguíneo: A+



PROGRAMA MUNICIPAL DE

ESCUELA DEPORTIVAS 2023

DECLARACION JURADA

Yo **MARIANA DOTTI MARTINEZ** de DNI **27942926** 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.

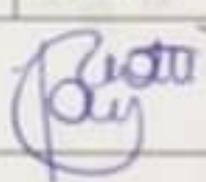
En caso de ser recuperado de COVID-19, anexo a la presente Declaración Jurada un apto físico que ratifica mi buen estado de salud, demostrando que el coronavirus no ha dejado enfermedades ni síndromes como efecto posterior (miocardiopatía, arritmias, etc.)

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, designando 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	MARIANA DOTTI MARTINEZ		
D.N.I	27942926	TELÉFONO	1534116998
LUGAR Y FECHA	SAN MIGUEL, 25 DE FEBRERO		FIRMA 

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
PAPA	HERNAN PUNDANG	1534115940	47831409
MAMÁ	MARIANA DOTTI M.	1534115940	HERMANO VALENTIN- 1166548412

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION