

MATEO AYUB SOTO
INFANTIL



PROGRAMA MUNICIPAL DE

ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SEGUIMIENTO Y AUTORIZACIÓN					
DATOS DEL ALUMNO					
APELLIDO	AYUB SOTO		NOMBRE	MATEO	
N° DNI	52 094 298		NACIONALIDAD	ARGENTINO	
TEL. Fijo			CELULAR	1532101867	
FECHA DE NACIMIENTO	16/1/12	EDAD	11 AÑOS		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	FLORENCE VARELA N° 1284			
BARRIO	DELIA VILCH	LOCALIDAD	SAN MIGUEL CP 1664		
¿TIENE OBRA SOCIAL? (SI) NO	¿CUÁL?	OSDESA		N° SOCIO	61-812133-3-04
(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	INCOMPLETO	AÑO

BREVE HISTORIA CLÍNICA (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 cardíaco - Hipertensión - Diabetes - Asma - Epilepsia - Oncológica - Psiquiátrica - Obesidad - Otros. NINGUNA

¿Tuvo intervenciones quirúrgicas? SI ☒ NO ☐ ¿Apéndice - Amigdalitis - Hernia - Otra _____

¿Tiene intolerancia a algún alimento o medicamento? SI ☒ NO ☐ ¿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: A+

MATEO AYUB SOTO
INFANTIL



PROGRAMA MUNICIPAL DE

ESCUELA DEPORTIVAS 2023

DECLARACIÓN JURADA	
Yo	<u>MATEO AYUB SOTO</u> de DNI <u>52094298</u> declaro bajo juramento que al momento de suscribir la presente Declaración Jurada manifesté 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 descritas 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	<u>NICOLÁS AYUB PAPA DE MATEO AYUB SOTO</u>		
D.N.I.	<u>27308124</u>	TELÉFONO	<u>1532101867</u>
LUGAR Y FECHA	<u>BSAS, 27/2/2023</u>		
FIRMA	<u>A</u>		

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL. CELULAR	TEL. FIJO
PAPA	NICOLÁS AYUB	1532101867	
MAMA		1532101866	

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACIÓN