



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

DECLARACION JURADA

Yo VALLE JOAQUIN de DNI 54675296 declaro bajo juramento que en el 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 de mi 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; 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>JOAQUIN VALLE</u>		
D.N.I.	<u>54675296</u>	TELÉFONO	
LUGAR Y FECHA:	<u>DS AS 20/05/23</u>	FIRMA:	<u>[Firma]</u>

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO	NOMBRE Y APELLIDO	TEL CELULAR	TEL FIJO
Mamá	DAVID CARRERA	11 66127000	46003042

NOTA: ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE DNI Y CALENDARIO VACUNACION



PROGRAMA MUNICIPAL DE ESCUELA DEPORTIVAS 2023

PLANILLA DE SALUD Y AUTORIZACION

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO	VALLE			NOMBRE	Joaquín		
Nº DNI	54675296			NACIONALIDAD	Arg.		
TEL Fijo	46003042			CELULAR	1166127000		
FECHA DE NACIMIENTO	18	05	15	EDAD	7		
DOMICILIO ACTUAL	CALLE	FLAUBERT		Nº	1396		
BARRIO	Bella Vista		LOCALIDAD	Bella Vista		CP	1661
¿TIENE OBRA SOCIAL?	(SI) ☒	(NO) ☐	¿CUAL?	OFSE		Nº SOCIO	61707669 204
(acompañar la presente planilla con la fotocopia del carnet de la misma)							
EDUCACIÓN	INICIAL	EN CURSO	COMPLETO	☒	INCOMPLETO	ANO	2020
	PRIMARIO	EN CURSO	☒	COMPLETO	INCOMPLETO	ANO	3º AÑO
	SECUNDARIO	EN CURSO	COMPLETO		INCOMPLETO	ANO	

BREVE HISTORIA CLINICA (Marcar lo que corresponda y completar)

¿Es Alérgico? SI ☐ NO ☒ ¿A qué?

¿Esta tomando alguna medicación? SI ☐ NO ☒ ¿Cuál? FEBVIA PAF, MONTELUKAS 4mp.

COVID-19 POSITIVO SI ☐ NO ☒ Fecha de alta: 11/11

¿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?