

# SECRETARÍA DE DEPORTES E INCLUSIÓN ARTÍSTICA

Av. Costanera 8001 - Mar del Tuyú - Prov. de Buenos Aire  
(02246) 433088 - deportes@lacosta.gob.ar - deporteslacosta@gmail.com



INTENDENTE

CRISTIAN  
CARDOZO

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

COMPLETE CON LETRA IMPRETA MAYÚSCULA, MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA

AÑO

### ACTIVIDADES

ARTE URBANO

CANTO

CIRCO

CONF. Y MOLDERIA

ENSAMBLE MUSICAL

DANZAS INTEGRADAS

FOLCLORE

GUITARRA

TELA

MURALEROS

PERCUSIÓN

OTRO

### SEDE A LA CUAL SE ANOTA

SAN CLEMENTE

SANTA TERESITA

SAN BERNARDO

### DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
Entre calles: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

### EDUCACIÓN

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Tipo  Público  Privado Nivel  Inicial  Primario  Secundario Grado o año: \_\_\_\_\_  
Turno  Mañana  Tarde  Vespertino  
¿Realiza alguna otra actividad deportiva/educativa/artística/cultural?  Si  No  
¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Participa de otros programas educativos, culturales o artísticos brindados por la Municipalidad de La Costa?  
 Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### SALUD

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Grupo y factor sanguíneo: \_\_\_\_\_  
¿Tiene obra social o prepaga?  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Se atiende en el sistema público de salud municipal?  Si  No  
Calendario de vacunación:  Completo  Incompleto  En curso  
Dosis vacunas COVID/PASE SANITARIO  Si  No

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Referente a padres, abuelos, hermanos; vivos o fallecidos que hayan padecido o padezcan estas enfermedades

Enfermedades del corazón

Asma

Diabetes

Alergia

Anemia

Epilepsia

Obesidad

Tensión arterial alta

### ANTECEDENTES PERSONALES

¿Ha sido operado alguna vez?  Si  No  
¿De qué? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
¿Padece alguna discapacidad?  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_  
Otras deficiencias, anomalías o limitaciones que lo afecten (ej problemas cardíacos, respiratorios, diabetes, etc.) \_\_\_\_\_  
Especificar ayudas técnicas que necesita (ej. silla de ruedas, audífono, etc.) \_\_\_\_\_  
Está en tratamiento  Si  No ¿En qué consiste? \_\_\_\_\_  
¿Toma medicamentos?  Si  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Padece problemas para ver?  Si  No  
 ¿Necesita anteojos?  Si  No  
 ¿Padece problemas para oír?  Si  No  
 ¿Usa audífono?  Si  No  
 ¿Cuándo fué el último control odontológico?  Últimos seis meses  de seis meses a un año  más de un año

¿Cuenta con ellos?  Si  No

### HOGAR

¿Cuántos integrantes viven en el hogar?

Apellido y Nombres	Edad	Parentezco con el interesado

### DATOS DE LA MADRE O TUTOR

Apellido/s : ..... Nombres: .....  
 DNI: ..... Fecha de nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo  Masculino  Femenino  
 Nacionalidad: ..... Teléfono fijo: ..... Celular: ..... CUIT/CUIL: .....  
 E mail: .....

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  En pareja  
 ¿Cuántos hijos tiene? ..... ¿Cuántos hijos menores? ..... ¿Vive con el alumno?  Si  No

¿Tiene movilidad propia?  Si  No  
 Automovil  Motocicleta  Bicicleta  Otro

¿Usa algún medio de transporte?  Si  No  
 Colectivo  Remis  Taxi  Otro

### DOMICILIO

Calle: ..... Número: ..... Piso: ..... Departamento: .....  
 Entre calles: ..... Barrio: ..... Localidad: .....

### DATOS DEL PADRE O TUTOR

Apellido/s : ..... Nombres: .....  
 DNI: ..... Fecha de nacimiento: ..... Edad: ..... Sexo  Masculino  Femenino  
 Nacionalidad: ..... Teléfono fijo: ..... Celular: ..... CUIT/CUIL: .....  
 E mail: .....

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Separado/a  Divorciado/a  En pareja  
 ¿Cuántos hijos tiene? ..... ¿Cuántos hijos menores? ..... ¿Vive con el alumno?  Si  No

¿Tiene movilidad propia?  Si  No  
 Automovil  Motocicleta  Bicicleta  Otro

¿Usa algún medio de transporte?  Si  No  
 Colectivo  Remis  Taxi  Otro

### DOMICILIO

Calle: ..... Número: ..... Piso: ..... Departamento: .....  
 Entre calles: ..... Barrio: ..... Localidad: .....

*Por medio de la presente autorizo a la Dirección de Inclusión Artística de la Municipalidad de La Costa a utilizar mi imagen (fotografía/video) o la del menor a mi cargo cuyos datos figuran en esta ficha, con el fin de difundir y promocionar las actividades desarrolladas por la misma.*

*Se deja expresamente establecido que renunció a la acción y al derecho de iniciar, y/o proseguir reclamos de índole administrativo, civil y comercial, tanto contra la Dirección de Inclusión Artística, así como también contra la Municipalidad de La Costa y/o personas que la integran.*

*Asimismo, se deja aclarado que la utilización de mi imagen o la del menor a mi cargo que figura en esta ficha es un aporte gratuito y de plena conformidad, en cuanto a los contenidos, duración en el tiempo y soportes de los mismos.*

#### **DATOS PERSONALES**

Apellido/s : ..... Nombres: .....  
DNI: ..... Teléfono fijo: ..... Celular: .....  
E mail: .....

#### **DOMICILIO**

Calle: ..... Número: ..... Piso: ..... Departamento: .....  
Entre calles: ..... Barrio: ..... Localidad: .....

***Los datos consignados en la presente ficha revisten carácter de declaración jurada.***

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma, aclaración, papá, mamá o tutor y DNI.