

SECRETARÍA DE DEPORTE, CULTURA E INCLUSIÓN JUVENIL

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



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

ACTIVIDAD Y SEDE EN LA CUAL SE ANOTA

MURALEROS

SANTA TERESITA

ENSAMBLE MUSICAL

SAN BERNARDO

INICIACIÓN MUSICAL

SANTA TERESITA SAN BERNARDO

GUITARRA

SAN BERNARDO

LABORATORIO TEATRAL

SANTA TERESITA

ENTRENAMIENTO TEATRAL

SAN BERNARDO

DANZA CLÁSICA

SAN BERNARDO

ARTE URBANO

SAN BERNARDO

CIRCO DE LA COSTA

SAN BERNARDO

DANZAS INTEGRADAS

SAN CLEMENTE SAN BERNARDO
 SANTA TERESITA

HILOS DE COLORES

SAN BERNARDO

FOLCLORE

SANTA TERESITA

CANTO POPULAR

SANTA TERESITA SAN BERNARDO
 LAS TONINAS

TELA

SAN CLEMENTE SAN BERNARDO
 SANTA TERESITA

CIRCO

SAN CLEMENTE SAN BERNARDO
 SANTA TERESITA

YOGA

LAS TONINAS SANTA TERESITA

ENSAYO COMEDIA MUSICAL

SANTA TERESITA LAS TONINAS

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

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

Enfermedades del corazón

Anemia

Asma

Epilepsia

Diabetes

Obesidad

Alergia

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 y para que afección?

¿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:

Lugar y Fecha

Firma y aclaración, papá, mamá o tutor