

SECRETARÍA DE DEPORTE, CULTURA E INCLUSIÓN JUVENIL

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



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

ACTIVIDAD DEPORTIVA Y SEDE EN LA CUAL SE ANOTA

ATLETISMO

SAN CLEMENTE MAR DE AJÓ

BASQUET

SAN CLEMENTE

FUTBOL

SANTA TERESITA SAN BERNARDO
 MAR DE AJÓ N

GIMNASIA

SAN CLEMENTE

ZUMBA

MAR DE AJÓ

HOCKEY SOBRE PATINES

SAN CLEMENTE

AEROBIC

SAN CLEMENTE MAR DE AJÓ
 SANTA TERESITA SAN BERNARDO

KARATE

MAR DE AJÓ

PATÍN ARTÍSTICO

SAN CLEMENTE SANTA TERESITA
 MAR DE AJÓ (N) SAN BERNARDO

TAEKWONDO

SAN CLEMENTE MAR DE AJÓ
 SANTA TERESITA

TENIS

SAN CLEMENTE AGUAS VERDES
 SANTA TERESITA MAR DE AJÓ
 SAN BERNARDO

VOLEY

SANTA TERESITA MAR DE AJÓ

SKATE

SANTA TERESITA

NATACIÓN

SAN CLEMENTE MAR DE AJÓ
 SANTA TERESITA

HANDBALL

SAN CLEMENTE MAR DEL TUYÚ
 SANTA TERESITA MAR DE AJÓ (N)
 SAN BERNARDO MAR DE AJÓ

YOGA

MAR DE AJÓ

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