|  |  |
| --- | --- |
|  logo-fasra-cortito.png **FICHA DE INSCRIPCION AL SWISS CAMP** |  Nº |
| APELLIDOS | NOMBRES |
| Nº DE D.N.I. | EDAD |  FECHA DE NACIMIENTO  / / |
| DOMICILIO DE ORIGEN | LOCALIDAD |
| PROVINCIA | TELEFONO EN SU LOCALIDAD |
| DOMICILIO EN SANTA FE | TELEFONO EN SANTA FE |
| CELULAR | E-mail |
| OBRA SOCIAL | EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A: |
| INSTITUCIÓN PRESENTANTE |
| APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE | APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE |
| DOMICILIO DE LA MADRE | DOMICILIO DEL PADRE |
| TELEFONO DE LA MADRE | TELEFONO DEL PADRE |
| OBSERVACIONES |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Por la presente dejo constancia de mi conocimiento y adhiero a los objetivos de esta actividad educativa que corresponde al SWISS CAMP, organizado por la Federación de Asociaciones Suizas de la República Argentina, a realizarse en el Parque Arqueológico Ruinas de Santa Fe, La Vieja, y por lo tanto se enmarca en el Reglamento de Campamentos Educativos vigente (Decreto 4641/83).Firma y aclaración: PADRE MADRE PARTICIPANTE PRESIDENTE |
| FICHA DE DATOS MEDICOS  | Nº |
| APELLIDOS | NOMBRES |
| Nº DE D.N.I. | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO / / |
| OBRA SOCIAL | GRUPO SANGUINEO:FACTOR RH: | EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A: |
| DOMICILIO DE LA PERSONA | TELEFONO DE LA PERSONA |
| **ANTECEDENTES MEDICOS:** |
| Tiene alguna enfermedad que requiere periódicamente tratamiento o control médico? SI: NO:Cuál? |
| Durante los últimos tres (3) años fue internado alguna vez? SI: NO: Causa: |
| Tiene algún tipo de alergia? SI: NO:Síntomas:Recibe tratamiento permanente? SI: NO:  |
| **TRATAMIENTOS MEDICOS:** |
| Recibe tratamiento médico? SI: NO:Especificar cual: |
| Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI: NO:Especificar: |
| Presenta alguna limitación física? SI: NO:Cuál? |
| Algún detalle en cuanto a su salud que desee hacernos conocer: (dieta especial, alergias, etc.) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Firma y aclaración: PADRE MADRE