|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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