

FICHA DE AUTORIZACIÓN E INSCRIPCIÓN

N°:

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Apellido y nombre DNI N°
 Domicilio Localidad
 Fecha de nacimiento Edad Grado
 Escuela o Jardín al que concurre

INFORMACIÓN SANITARIA DEL NIÑO/A

(Marcar con X lo que corresponde)

¿Tuvo covid-19? si no ¿En qué fecha?
 ¿Está vacunado contra el covid-19? si no ¿Cuántas dosis?..... ¿Cuál?..... (Adjuntar copia del certificado de vacunación)
 Realiza algún tratamiento médico: si no ¿Cuál?
 Es alérgico: si no ¿A qué? 1)..... 2).....
 Toma alguna medicación: si no ¿Cuál?
 Alergia a algún medicamento si no ¿A qué?
 Puede realizar actividades deportivas? si no ¿Por qué?
 Problemas cardíacos si no Muerte súbita (familiares menores de 50 años) si no
 Hipertensión si no Obesidad si no Asma bronquial si no
 Pérdida de conciencia si no Convulsiones si no Traumatismo de cráneo si no
 Diabetes si no ¿Por qué? ¿Tipo?.....
 Alteraciones sanguíneas si no ¿cuál?

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

Desmayos si no Dolor en el pecho si no Palpitaciones si no
 Dificultad para respirar si no Afecciones auditivas si no ¿Cuál es la razón?
 Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias si no ¿Dónde?
 Problemas en los huesos o articulaciones si no ¿Dónde?
 Cirugías si no ¿Por qué?.....
 Internaciones si no ¿Por qué?
 Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses si no ¿Cuál?
 Falta o no funciona algún órgano par (ej.: riñón, ojos, testículos, pulmones, otros) si no ¿Por qué?
 Tos crónica si no Problemas en la piel si no Usa anteojos si no
 Vacunación completa si no (Adjuntar copia del certificado del carnet de vacunación)

Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas)

*Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces

AUTORIZO A MI HIJO/A A ASISTIR AL PROGRAMA

(Solo datos del padre, madre o tutor)

Apellido y nombre del padre, madre o tutor
 DNI N° Parentesco
 Teléfono fijo Celular Otro número de contacto

Autorización uso de imagen

1. Declaro que en mi carácter de padre/ tutor/ encargado del menor de edad autorizo al Municipio de Lanús a que utilice total o parcialmente la imagen, la voz y/o reacciones de mi hijo/a.
 2. En tal sentido autorizo al Municipio de Lanús a que incluya y edite la imagen, y ejecute todo otro acto encaminado a la divulgación del contenido.
 3. Dejo expresa constancia que por medio del presente documento cedo de manera gratuita, el derecho a divulgar la Imagen de mi hijo/a en los términos del presente, no siendo plausible de aplicación el artículo 9° del Convenio Colectivo de Trabajo de los Actores de Publicidad, relativo a las formas de contratación, el cual se transmite a continuación: "FORMAS DE CONTRATACIÓN: Los contratos de trabajo se formalizarán por escrito, antes de la iniciación de la filmación, con la intervención de la agencia de publicidad y deberán ser entregados a la Asociación Argentina de Actores dentro de los 5 días hábiles subsiguientes. El contrato será global por producción, entendiéndose que los salarios básicos de convenio que se establezcan comprenden la remuneración de 2 días de labor. Si el actor debiera continuar su trabajo más allá del plazo de 2 días, se considerará prorrogado el contrato abonándosele la proporción resultante de la remuneración convenida. En este último caso, se convendrá con el actor fecha y hora de realización".

SE DEBERÁ ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DNI DEL NIÑO/A Y DEL PADRE /MADRE, TUTOR/A o ENCARGADO/A FIRMANTE

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

Lugar y Fecha