I N S C R I P C I O N

❒ **Mensual** ❒ **Quincenal**

PERIODO: mes de Enero ..... desde el día...../...../..... hasta el día...../...../.....

PERIODO: mes de Febrero ..... desde el día...../...../..... hasta el día...../...../.....

Nombre y Apellido .....

Legajo Nº:.....Afiliado Nº:.....Sección:.....

Teléfono Laboral.....DNI.....E-mail:.....

Domicilio:.....Nº:.....Localidad:.....CódigoPostal:.....

Télefono particular:.....Celular.....Otro teléfono.....

AUTORIZO A MI HIJO/ HIJA A PARTICIPAR DE LA COLONIA DE VERANO A REALIZARSE EN EL Campo de Deportes de la Asociación Argentina de Arbitros.

CANTIDAD DE NIÑOS

Nombre y Apellido:..... Edad:..... D.N.I. Nº:.....

Nombre y Apellido:..... Edad:..... D.N.I. Nº:.....

Nombre y Apellido:..... Edad:..... D.N.I. Nº:.....

SUPARA

Sindicato Unico del Personal Aduanero de la República Argentina

Adherido a la C.G.T. - Confederación General del Trabajo
Personería Gremial Nº 818

AUTORIZACION DE DESCUENTO CREDITO ACTIVIDADES DEPORTIVAS

APELLIDO Y NOMBRE:.....

LEGAJO Nº :..... **TIPO Y Nº de DNI:** .....

DEPENDENCIA:.....

Por la presente autorizo al SUPARA a efectuar el descuento de ..... cuotas iguales de $ ..... de mi recibo de haberes, por el código 600070 (SUPARA VARIOS).

Asimismo en caso de desvinculación laboral, el saldo pendiente se deducirá de mi liquidación final.

Se firma la presente a los ..... días del mes de ..... de 20.....

.....
Firma y aclaración

Tacuarí 558/60 (1071) - Cdad. Aut. Bs. As. - República Argentina - Tel.: 4339-0500

FICHA DE SALUD

Lugar y Fecha: ……

Apellido y Nombre del Padre, Madre, Tutor o Encargado: ……

……

Dirección: …… Nº: …… C.P.: ……

Localidad: …… Teléfono: ……

Apellido y Nombre del Niño: ……

Edad: …… Grupo sanguíneo: …… Sexo: ……

1.- Es alérgico?: [SI] [NO] a que?: ……

2.- Ha sufrido en los últimos 30 días (marque con una x los que corresponde)

a) Procesos inflamatorios: (_____)
b) Fracturas o esguinces: : (_____)
c) Enfermedades infectocontagiosas: (_____)

d) Otras: ……

3.- Es portador de alguna enfermedad? Indique cual: ……

……

4.- Esta tomando alguna medicación? [SI] [NO]

En caso de respuesta positiva indique: cual, en que horario y dosis que toma: ……

……

5.-Se aplico todas las vacunas obligatorias? [SI] [NO]

6.- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docentes a cargo: ……

6.- Tiene obra social? [SI] [NO]

Cual: …… Nº de socio: ……

_____
Firma del Profesional medico

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha de salud de mi hijo/a a los …….. días del mes de …….. de 20…., autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

_____
Firma del Padre, Madre, Tutor o Encargado

_____
Aclaración de firma