



# Formulario de inscripción a la colonia del Sindicato de Obreros Marítimos Unidos

## TITULAR:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
DNI: Tipo y N°: \_\_\_\_\_ N° C.S: \_\_\_\_\_ N°O.S.: \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## PARTICIPANTE:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ N°O.S.: \_\_\_\_\_  
DNI: Tipo y N°: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Grado de Parentesco con el Titular: \_\_\_\_\_  
Otro responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO MEDICO:**  SI  NO

## ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL PARTICIPANTE:

¿Es alérgico a algún medicamento, y/o picadura de insecto, sufre alergias respiratorias?  SI  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

¿Fue intervenido quirúrgicamente?  SI  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra bajo algún tratamiento médico y/o se le está administrando alguna medicación?  SI  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

¿Puede ingerir cualquier tipo de alimentos y bebidas?  SI  NO

Detalle: \_\_\_\_\_

En caso de necesidad de una dieta, presentar las indicaciones médicas pertinentes

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parada: \_\_\_\_\_ Predio: \_\_\_\_\_

Hora salida: \_\_\_\_\_ Hora regreso: \_\_\_\_\_

He leído y estoy conforme con los legales al dorso de este documento

Firma, aclaración y parentesco (padre, madre, tutor): \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE:

- Comunicamos a los Sres. Padres que queda prohibido intervenir en las Actividades propias de la colonia.
- Se deja asentado que la Institución no se hará responsable por daños y/o pérdidas de objetos personales. Se recomienda marcar la ropa y mochila / bolso con nombre y apellido.
- Evitar que los niños concurran a las actividades con celulares y otros objetos de valor.
- Si algún día el niño/a no se encuentra en buena condición física o psíquica, no debe concurrir a las actividades y, al reintegrarse, deberá hacerlo con el alta médico correspondiente.
- En el caso que los participantes utilicen el sistema de Transporte ofrecido por SOMU no podrán ser acompañados bajo ninguna circunstancia por adultos.
- Esta Ficha de inscripción deberá ser entregada en forma conjunta con la "Constancia de Aptitud Física" firmada por el médico del participante.

El titular a cargo del participante, autoriza a que el mismo concurra a la Colonia del **Sindicato de Obreros Marítimos Unidos** según el régimen establecido para la inscripción y participación; tomando conocimiento de hora y parada elegida del micro y declarando que los datos proporcionados son exactos y fidedignos, tomando conciencia y haciéndose responsable de los posibles perjuicios que puede ocasionar alguna omisión o falsedad en la información suministrada y dando fe de que no existe ninguna otra información referida a la salud del mismo que deba ser considerada.

Autorizo, en caso de ser necesario, reciba atención médica en la Colonia o a su derivación al Centro Asistencial que corresponda en cada caso.

### Consentimiento informado:

**SOMU** elabora con frecuencia distintas piezas de comunicación. Por tal motivo, se solicita su conformidad para que sus hijos sean retratados en fotografías, filmes, videos y demás material de uso institucional.

Esta autorización comprenderá además el permiso para que las imágenes sean reproducidas por medios gráficos o fílmicos en papelería, catálogos, cartillas de prensa, afiches, folletos, películas, páginas web y todo otro medio gráfico o electrónico que **SOMU** utilice para su difusión institucional.

La autorización libera expresamente de responsabilidad a **SOMU** y sus autoridades por el uso que personas ajenas a la Institución hagan del material obtenido. En caso de no prestar conformidad para ello, rogamos nos lo hagan saber al momento de la firma de esta Inscripción; en caso contrario, se presumirá que la autorización ha sido concedida.