

INTENDENCIA DEPARTAMENTAL DE MALDONADO
DIRECCIÓN DE POLÍTICAS INCLUSIVAS



FICHA DE INSCRIPCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	SEXO	EDAD

COBERTURA MEDICA	CUAL	Nº SOCIO

DOMICILIO	BARRIO	TELEFONO	C.I.

F. MEDICA N°:.....VENCIM.....CARNET CAMPUS.....VENC.....

Estudios cursados: (Primaria-Secundaria-NIVEL Terciario -otros)

Trabaja.....Que trabajo.....Pensionista.....jubilado.....

NUCLEO FAMILIAR

Nombre de la madre.....Edad.....

ocupación.....Estudios cursados.....

Nombre de padre.....Edad.....

ocupación.....Estudios cursados.....

OTRAS PERSONAS

parentesco..... nombre edad.....

parentesco..... nombre edad.....

parentesco..... nombre edad.....

Relación con el grupo familiar.....

Discapacidad que posee.....

Causas de dicha discapacidad.....

• Grado o nivel de la discapacidad.....

Posibles complicaciones.....

Doctor que lo atiende

Enfermedades que tuvo y operaciones (ej.: varicela, paperas etc.).....

Que tiene actualmente (ej.: asma, soplo, etc.).....

Presión Arterial normal.....variable.....

Medicamento que ingiere.....

(alguna dieta o comida especial).....

FUMA SI FUMA NO

TOMA SI TOMA NO

Actividades que realiza.....

Actividades o ejercicios que no puede realizar ¿cuales y porque?.....

Actividades recomendadas por el doctor.....

Cosas a destacar ej. Lo que le gusta, no le gusta cosas que le dan miedo, carácter del alumno

LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

- 1.- Declaro comprender que la actividad organizada en el marco de la Semana de la Discapacidad, por la Dirección de Políticas **Inclusivas** de la Intendencia Departamental de Maldonado, involucra ciertos riesgos.
- 2.- Declaro en forma expresa que voluntariamente participo de esta actividad y que conozco y entiendo las exigencias y el alcance de la mismas con los eventuales riesgos y/o peligros que pueda conllevar.
- 3.- Manifiesto conocer los medios naturales y áreas geográficas por los que se desarrollará la misma.-
- 4.- Manifiesto que no tengo conocimiento de ningún impedimento psicofísico o deficiencia que pueda impedir mi participación en esta actividad.
- 5.- Exonero de toda responsabilidad a los organizadores del evento, así como a las empresas, colaboradores, auspiciantes por todo daño de cualquier naturaleza u origen que se ocasionare a mi persona o bienes de mi propiedad.
- 6.- Declaro que en caso de producirse un daño a terceros por mi responsabilidad, manifiesto exonerar de la misma los organizadores del evento, así como a las empresas, colaboradores y auspiciantes.
- 7.- Declaro estar apto y ser consciente de mi estado general de salud mental y física, que permiten desarrollar actividades, físicas y mentalmente intensas, habiéndome realizado los controles médicos necesarios para desarrollar una actividad de estas características.
- 8.- En caso de que, por accidente o enfermedad, durante el desarrollo de la competencia me encuentre imposibilitado para comunicarme se autoriza a que se me proporcione la asistencia médica y/o quirúrgica necesaria, y asumo cubrir los costos de las mismas.
- 9.- Declaro haber leído y comprendido las presentes condiciones y manifiesto estar de acuerdo con el reglamento general de la actividad, disponible en la pagina web del evento.

DATOS DEL ADULTO / DATOS DEL MENOR

NOMBRE _____ SOCIEDAD MÉDICA _____

FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ DOCUMENTO _____

TELÉFONO _____ FIRMA DEL TITULAR _____

DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE DEL MENOR

Nosotros como Padre, o Madre o Tutor de _____ otorgamos aquí nuestro permiso a nuestro hijo/a menor o custodio/a, a participar en esta actividad y estamos en total conformidad con todos los términos mencionados más arriba. Dejamos constancia que la organización responsable de la actividad, está autorizada a solicitar cualquier información y tratamiento médico que sea favorable, incluyendo anestésicos, inoculación o intervenciones quirúrgicas, si nuestra autorización directa no pudiese ser obtenida a tiempo.

NOMBRE _____ DOCUMENTO _____

TELEFONO _____ FIRMA DEL ADULTO RESPONSABLE _____