

COLEGIO COMFAMILIAR LOS LAGOS

Aprobación Oficial Nº 0125 del 29 enero de 2014 Registro DANE Nº 441524001183 Palermo - Huila



					FIC	HA CI	ÍNIC	A DE	E INC	RES	0 [)E L	IDE	R							
Nombres y Apellidos del Padre / Madre o Acudiente																					
Nro. Teléfono		no ce	celular:							_	Fecha de diligenciamiento:										
LÍDER (DILIGENCIE LOS CAMPOS VACÍOS Y MARQUE CON UNA X DONDE SEA NECESARIO)																					
Nombres y Ap											Curso					E	Edad				
En caso de emergenciaav											Nro. Telefónico:										
En caso de en avisar a:											N	lro. T	elef	ónico:							
PESO	PESO			TURA			TIPO DE SA			ANGR	NGRE			EPS							
¿Tiene Medicina Prepaga			da?	Si	i		No		ن	¿Cual?											
¿Tiene Servici	lancia?		Si		No				Nro. Tele												
¿Controla esfínteres?			Si		No		ga	Utiliza afas/lentes		Si			No			dificultad visual					
Capacidad auditiva			óptima		mediana			<u></u>		baja	oaja		dificult			tad auditiva					
Deporte(s) que	e practi	ica																			
Intensidad de	ento	Suave		9	Мс		derad	lo			Fuerte				Horas sema Práctica:		ales de				
LESIONES DEPORTIVAS DEL LIDER																					
Esguince 6 meses antes			Si		No			localizació			n										
Fractura 6 meses antes			Si		No			localizació			n										
Fisura 6 meses			Si		No				local	izació	n										
¿EL LIDER PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?																					
Diabetes			Si		No Herr		Hernia	a					Si		No	H	Hipoglicen		Si	No	
Gastritis			Si		No Hepatitis			itis					Si		No	М	igraña		Si	No	
Estreñimiento			Si		No		Otitis						Si		No						•
Asma / Bronquitis		Si		No		Insufi	cienc	cia Ca	ardíac	а	\$	Si		No							
Otras, ¿Cuáles?																					
VACUNAS QUE HA RECIBIDO EL LIDER																					
BCG	Si		No		Triple viral		I		Si			No	No		Hepatitis B			Si		No	
Tétano	Si		No		DPT			Si			No		N	/leni	ngitis		Si		No		
Antipolio	Si		No		Influenza				Si		No			Neu		umococo S		Si		No	
¿Sabe nadar? Si No																					
¿Medicamentos que toma el líder?																					
¿Presenta alergia a un medicamento?							Si			No			ζC	uál?							
¿Presenta alergia a algún alimento?							Si			No			ĊC	¿Cuál?							
¿Presenta ale	rgia a p	icad	uras de	insec	tos?		Si			No			ζC	¿Cuál?					1		
¿Presenta alg	una inc	apac	cidad mé	dica	que l	e impi	da des	sarro	llar a	ctivid	lade	s fís	sicas	s?				Si		No	

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA, POR LO TANTO, AUTORIZO SU VERIFICACIÓN POR PARTE DEL COLEGIO Y ME RESPONSABILIZO POR LOS DETALLES OMITIDOS.