

Nombres y Apellidos del Padre / Madre o Acudiente																																												
Nro. Teléfono Fijo:					Nro. Teléfono celular:					Fecha de diligenciamiento:																																		
LÍDER (DILIGENCIE LOS CAMPOS VACÍOS Y MARQUE CON UNA X DONDE SEA NECESARIO)																																												
Nombres y Apellidos										Curso										Edad																								
En caso de emergencia avisar a:										Nro. Telefónico:																																		
En caso de emergencia avisar a:										Nro. Telefónico:																																		
PESO					ESTATURA					TIPO DE SANGRE					EPS																													
¿Tiene Medicina Prepagada?					Si					No					¿Cual?																													
¿Tiene Servicio de Ambulancia?					Si					No					Nro. Telefónico																													
¿Controla esfínteres?					Si					No					Utiliza gafas/lentes					Si					No					Dificultad visual														
Capacidad auditiva					óptima					mediana					baja					Dificultad auditiva																								
Deporte(s) que practica																																												
Intensidad de Entrenamiento										Suave					Moderado					Fuerte					Horas semanales de Práctica:																			
LESIONES DEPORTIVAS DEL LIDER																																												
Esguince 6 meses antes					Si					No					localización																													
Fractura 6 meses antes					Si					No					localización																													
Fisura 6 meses					Si					No					localización																													
¿EL LIDER PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?																																												
Diabetes					Si					No					Hernia					Si					No					Hipoglicemia					Si					No				
Gastritis					Si					No					Hepatitis					Si					No					Migraña					Si					No				
Estreñimiento					Si					No					Otitis					Si					No																			
Asma / Bronquitis					Si					No					Insuficiencia Cardíaca					Si					No																			
Otras, ¿Cuáles?																																												
VACUNAS QUE HA RECIBIDO EL LIDER																																												
BCG					Si					No					Triple viral					Si					No					Hepatitis B					Si					No				
Tétano					Si					No					DPT					Si					No					Meningitis					Si					No				
Antipolio					Si					No					Influenza					Si					No					Neumococo					Si					No				
¿Sabe nadar?					Si					No																																		
¿Medicamentos que toma el líder?																																												
¿Presenta alergia a un medicamento?										Si					No					¿Cuál?																								
¿Presenta alergia a algún alimento?										Si					No					¿Cuál?																								
¿Presenta alergia a picaduras de insectos?										Si					No					¿Cuál?																								
¿Presenta alguna incapacidad médica que le impida desarrollar actividades físicas?															Si					No																								
NOTA: En caso de marcar SI en los cinco enunciados anteriores anexe soporte médico																																												

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

FIRMA DEL PADRE, MADRE Y/O ACUDIENTE DEL LÍDER