

**Secretaría de Desarrollo Social,**

**Recreación, Turismo y Deportes.**

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD 2025**

**Deporte/Actividad Lugar**

**F**

**M**

**TELÉFONO 2**

**TELÉFONO 1**

**DOMICILIO**

**E-MAIL PROPIO O DE UN FAMILIAR**

**SEXO**

**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**

**EDAD**

**FECHA DE NACIMIENTO**

**APELLIDO Y NOMBRE**

**ANTE UNA URGENCIA COMUNICARSE CON:**

**TELÉFONO 2**

**TELÉFONO 1**

**PARENTESCO**

**NOMBRE Y APELLIDO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FICHA MÉDICA. Marcar, según corresponda, si padece o ha padecido en los últimos 3 meses:** | | | |
| **ENFERMEDADES ÓSEO-ARTICULARES** | **SÍ** | **NO** | **SÍ NO**  **ENFERMEDADES ERUPTIVAS** |
| **CONVULSIONES** |  |  | **HEPATITIS** |
|  |  |  |  |
| **DESMAYOS** |  |  | **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** |
|  |  |  |  |
| **FOBIAS** |  |  | **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS** |
|  |  |  |  |
| **CIRUGÍAS** |  |  | **¿CUÁL/ES?** |
|  |  |  |  |
| **ALERGIAS** |  |  | **¿A QUÉ?** |
|  |  |  |  |
| **¿RECIBE TRATAMIENTO?** |  |  |  |

**¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ ** **NO ** **¿CUÁL/ES?**

**¿TOMA MEDICACIÓN PERMANENTE? SÍ ** **NO ** **¿PARA QUÉ?**

**¿CUÁL/ES? HORARIO Y DOSIS**

# En el caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriores, deberá adjuntar certificado médico que habilite la realización de la actividad física a la cual se ha inscripto.

**CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO SI ** **NO ** **VACUNA COVID-19 SI ** **NO **

**VACUNACIÓN**

La información suministrada reviste carácter de Declaración Jurada, por lo tanto la Municipalidad de Berazategui, como la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario, Recreación, Turismo y Deportes, quienes organizan la actividad, quedan eximidos de cualquier tipo de responsabilidad frente a eventualidades que sufra el/la participante ocasionadas por afección y/o enfermedad que ya padeciera al momento de la firma de este documento y no se haya declarado, o que sufriera con posteridad y no se haya dado aviso en forma fehaciente.

**AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD**

# Autorizo a mi hijo/a DNI a participar del Deporte o actividad recreativa en las instalaciones del Autorizo a que mi hijo sea asistido por un médico y, en caso de ser necesario, sea trasladado a un Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) o al Hospital Evita Pueblo.

Autorizo también a que mi hijo/a, en el marco de la práctica de las actividades deportivas o recreativas, pueda ser registrado a través de imágenes fotográficas y audiovisuales para ser difundidas por el Municipio, a través de diferentes canales de información.

La información suministrada reviste carácter de Declaración Jurada, por lo tanto la Municipalidad de Berazategui, como la Secretaría de Desarrollo Social y Comunitario, Recreación, Turismo y Deportes, quienes organizan la actividad, quedan eximidos de cualquier tipo de responsabilidad frente a eventualidades que sufra el niño/a ocasionadas por afección y/o enfermedad que ya padeciera al momento de la firma de este documento y no se haya declarado, o que sufriera con posteridad y no se haya dado aviso en forma fehaciente del Padre/Madre o Tutor Legal.

## Firma Padre/Madre/Tutor Aclaración DNI