

1. LOS DATOS E INFORMACION SUMINISTRADOS POR EL ALUMNO QUE FIRMA LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.

2. EL ALUMNO DEBE COMUNICAR A LA SECRETARIA DEL CENTRO CUALQUIER MODIFICACION DE LOS PRESENTES DATOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

| APELLIDO Y NOMBRE | EDAD | OBRA SOCIAL | ENFERMEDAD/ TRATAMIENTO | INTERNAC. ULT. 3 AÑOS CAUSA | LIMITACIONES FÍSICAS | ALERGIAS - TRATAMIENTO | ÚLTIMA DOSIS ANTITETANICA | EN CASO DE EMERGENCIA | | FECHA | FIRMA Y DNI |
|-------------------|------|-------------|-------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|-------|-------------|
| | | | | | | | | CONCURRIR - INSTITUCION | AVISAR A (FAMILIAR) | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

FIRMA DEL INSTRUCTOR/A

SUPERVISÓ