

# Colonia Deportiva de Vacaciones 2025 Para Personas con Discapacidad

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ..... de.....de 2024

Por la presente, cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para utilizar el material gráfico, fotográfico, filmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita, incluyendo cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por si o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

### Datos del alumno:

Nombre y Apellido: .....

DNI: .....

### Datos de padre/madre/tutor legal

Nombre y Apellido: .....

DNI: .....

Celular: .....

Lugar y Fecha: ..... / ..... / .....

.....  
Firma, Aclaración y DNI del Padre, Madre o Tutor

# Colonia Deportiva de Vacaciones 2025 Para Personas con Discapacidad

## REGLAMENTO GENERAL DE INGRESO A LAS COLONIAS

1. Todo alumno/a estará sujeto a un período de adaptación no inferior a 5 días hábiles, evaluando el personal directivo, psicológico y médico, su permanencia en la misma.
2. Los alumnos nuevos estarán sujetos a una entrevista cuyo día y horario será coordinado con el responsable de cada sede en virtud de evaluar si el mismo cuenta con los requerimientos mínimos que le permitan sostenerse dentro de la actividad de colonia, en un marco de contención y seguridad.
3. Toda persona, para permanecer en las colonias, debe tener edad mínima de 6 años, controlar esfínteres, tener adquirida las conductas adaptativas mínimas.
4. Ninguna persona podrá ingresar a las colonias, sin haber completado toda la documentación solicitada para su inscripción. Fichas completas y firmadas, fotocopia DNI, fotocopia CUD y Apto médico vigente al momento de la inscripción.
5. En caso de que una persona presente un problema de salud, NO podrá reintegrarse a las colonias, hasta tener el ALTA MEDICA por escrito y ser autorizado por el médico del parque al que pertenece.
6. En caso de accidente en el predio de la colonia, será asistido en el Hospital de la Ciudad de Buenos Aires más cercano al parque.
7. Sin autorización previa, ninguna persona puede retirarse sola de la colonia.
8. En el caso de que el alumno sea retirado de la Colonia por una persona que NO sean sus padres, tutor o encargado, deberá presentarse una autorización firmada por los responsables del alumno en donde conste los datos personales, Nombre y apellido completos, DNI de la persona autorizada para retirar al alumno.
9. En caso de enuresis, en el transcurso del día de la colonia y al momento del natatorio, los padres y/o tutores autorizan al docente y/o auxiliar a cambiar de muda.
10. La persona que presente más de 3 faltas consecutivas (no justificadas), pasará automáticamente a la lista de espera.
11. La colonia no se responsabiliza, por la pérdida de objetos personales, tecnológicos.
12. Aquellos alumnos que presenten cambios significativos en sus conductas que representen un riesgo para sí o para terceros, su permanencia y continuidad dentro del espacio será evaluada por el equipo de conducción
13. En caso de condiciones climáticas adversas la actividad podrá ser suspendida con anticipación, o podrá ser interrumpida durante el desarrollo de la jornada. Las familias deberán prever el retiro anticipado de los colonos, como la espera en horario anticipado en el recorrido del transporte. Ante ambas situaciones serán informados a través del responsable de sede y del transporte.

Lugar y Fecha: ..... / ..... / .....

-----  
Firma, Aclaración y DNI del Padre. Madre o Tutor



# Colonia Deportiva de Vacaciones 2025 Para Personas con Discapacidad

## CONDUCTAS Y HÁBITOS

- 1 - Control De Esfínter .....  SI .....  NO
- 2 - Higiene Personal .....  SOLO .....  CON AYUDA
- 3 - Alimentación .....  SOLO .....  CON AYUDA
- 4 - Vestimenta .....  SOLO .....  CON AYUDA
- 5 - Transporte .....  SOLO .....  CON AYUDA
- 6 - Como se desplaza .....  BIEN .....  REGULAR .....  CON MUCHA DIFICULTADAD
- 7 - Es Agresivo .....  SI .....  NO .....  CUANDO
- 8 - Tiende a escaparse .....  SI .....  NO
- 9 - Cuida sus pertenencias .....  SI .....  NO

### Datos que considere importante agregar

.....

.....

.....

### AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a mi hijo/a, a realizar paseos y/o excursiones fuera de la colonia, cuando las autoridades lo crean necesario.

.....  
Firma, Aclaración y DNI

Autorizo a la subsecretaria de deportes del gobierno de la ciudad de buenos aires, a registrar fotos y videos de las actividades desarrolladas en las colonias. el material estará disponible para aquellas personas que lo soliciten.

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

.....  
Firma, Aclaración y DNI

# Colonia Deportiva de Vacaciones 2025 Para Personas con Discapacidad

## DATOS DEL COLONO

**Polideportivo:** .....

Apellido y Nombre: ..... Fecha de Nacimiento:...../...../.....  
 D.N.I: ..... Domicilio:.....  
 Localidad: ..... C.P.: .....  
 Diagnóstico: .....  
 Teléfono: ..... Celular: ..... Tipo de Discapacidad: .....  
 Obra Social: ..... N° Afiliado: .....

**Datos Familiares**

Apellido y Nombre Padre..... D.N.I: .....  
 Apellido y Nombre Madre: ..... D.N.I: .....  
 Correo Electrónico:.....  
 Hermanos (Nombres y Edades): .....

**Datos de los Padres o Adultos Responsables en caso de no convivir con ellos**

Apellido y Nombre: ..... D.N.I: .....  
 Domicilio: ..... Teléfono: .....

**Teléfonos Alternativos:**

1- Apellido y Nombre: ..... Teléfono: .....  
 2- Apellido y Nombre: ..... Teléfono: .....

**Información y Antecedentes Médicos (marcar lo que corresponda)**

Alergias: ..... SI/NO ..... Especificar a qué: .....  
 ¿Toma alguna medicación? ..... SI/NO ..... Detallar:.....  
 Medicación: ..... Dosis: ..... Horario: .....  
 Medicación: ..... Dosis: ..... Horario: .....  
 Medicación: ..... Dosis: ..... Horario: .....  
 Medicación: ..... Dosis: ..... Horario: .....

**Antecedentes (marcar lo que corresponda)**

Diabéticos ..... SI/NO .....  
 Convulsiones ..... SI/NO .....  
 epilepsia ..... SI/NO .....  
 Celiaquía ..... SI/NO .....  
 Cardiacos ..... SI/NO .....  
 Respiratorios ..... SI/NO .....

**Otros:** .....

**Información que Considere importante agregar:**.....

**Conductas y Hábitos (marcar lo que corresponda)**

Controla esfínteres	SI/NO	Higiene personal:	SOLO / CON AYUDA
Tiende a escaparse	SI/NO	Alimentación:	SOLO / CON AYUDA
Conductas agresivas	SI/NO	Cuida sus pertenencias:	SI/NO

**Información que considere importante agregar:**.....

**NOTA:** La siguiente inscripción, está sujeta a que la persona complete el periodo de adaptación, que determine las autoridades de la colonia.

Lugar y Fecha: ... / ... / .....

.....  
Firma, Aclaración y DNI del Padre, Madre o Tutor

