

## **INSCRIPCIÓN COLONIA DE VERANO MUNICIPAL 2024**

❖ COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

**Fecha:**

**Quién inscribe-Nombre/s y Apellido/s:**

**DNI:**

**Dirección:**

**Teléfono/s:**

**Trabajo y teléfono del lugar:**

**Datos del niño/a a inscribir** (en caso de haber hermanos con distinto apellido, solicitar otra planilla e inscribirlos por separado); (Se completa un cuadro por niño/a, con los datos tal cual figura en DNI):

| Nombre/s y Apellido/s completos | Documento | Fecha de Nacimiento | Edad |
|---------------------------------|-----------|---------------------|------|
|                                 |           |                     |      |
|                                 |           |                     |      |
|                                 |           |                     |      |
|                                 |           |                     |      |

En el día de la fecha, con **carácter de declaración jurada**, se inscribe a los/as niños/as mencionados, que asistirán a la *Colonia Municipal* con sede a confirmar, desde el **02 de enero de 2024** hasta el **09 de febrero** del mismo año, de **lunes a viernes**, en el horario **de 8 a 16 hs**.

Deberán presentar **la documentación requerida** al momento de la inscripción y ante la falta de la misma, **no se otorgará la vacante en la colonia**.

Al momento de la inscripción deberán leer atentamente el siguiente documento, **confirmando estar en conocimiento de la información plasmada en el mismo y su cumplimiento durante el desarrollo de la colonia**.

### **“Pautas de ingreso, permanencia y dinámica diaria de la Colonia de Verano Municipal 2024”**

- ✓ Las puertas se abrirán desde las **8 a 8.15hs**, tiempo necesario para el ingreso de todos los niños, **sin excepción**.
- ✓ La persona responsable del niño/a deberá traerlo a la institución y acompañarlo a su sala, donde lo recibirán sus profesores. De igual manera, el responsable del niño/a deberá retirarlo por sus salas, brindando sus datos personales para garantizar la autorización de retiro.
- ✓ Se deberá **sostener la asistencia en forma regular** y, ante la ausencia del niño/a, los padres **deberán comunicar los motivos de la misma telefónicamente**. Ante **ausencias reiteradas**, se convocará a la familia

y se evaluará la continuidad del niño/a en la Colonia Municipal. Asimismo, se deberá informar y actualizar cualquier cambio de domicilio, número de teléfono o lugar de trabajo de los adultos responsables.

- ✓ En el desarrollo de la jornada diaria dentro de la Colonia Municipal, los niños **recibirán el desayuno, almuerzo y merienda.**
- ✓ La Colonia Municipal funciona **dentro del establecimiento seleccionado** y también en **espacios públicos** (salida a la calle, playa y plazas).
- ✓ Cada viernes de cada semana a las 15.15 hs, los **grupos de cada sala realizarán actividades de cierres semanales** en las que las familias estarán invitadas a participar como espectadores.
- ✓ Los niños/as **deberán asistir** con la *malla puesta* desde casa; *abrigo* (en caso de mal tiempo); *gorra/sombrero*; y *calzado cómodo*.
- ✓ Además **traerán todos los días una mochila con elementos personales -SIN EXCEPCIÓN-**: *protector solar* (**deben ponérselo los padres en la casa antes de ingresar a la colonia y los docentes reforzarán cuando sea necesario**); *toallón*; *muda de ropa completa* (ropa interior, short, remera); *abrigo* (en caso de frío y mal tiempo); *botella de agua* (preferentemente congelada); *crocs/ojotas y zapatillas* (**todo rotulado con nombre**). Sala de 3 y 4 deberán traer una *sabanita*, la cual deberá ser higienizada todos los días, **en casa**.
- ✓ Los niños deberán **evitar compartir sus elementos personales**.
- ✓ **No podrán asistir a la institución con objetos** (juguetes, muñecos, etc.) desde su hogar.
- ✓ **Los niños deben asistir en condiciones saludables**, contar con el calendario de vacunación actualizado y con los controles pediátricos acordes a la edad. Ante *situaciones de enfermedad* del niño/a, el mismo **no podrá asistir a la colonia** mientras dure el proceso y debe ser llevado al médico para hacer el tratamiento que corresponda y luego *reintegrarse con el certificado de alta médica, sin excepción*. El personal de la institución **no administrará medicación de ninguna índole**, debiendo algún familiar acercarse a la institución a fin de administrarla en caso de ser necesario.

*Dado el alto nivel de demanda*, solicitamos que en caso de **no requerir la vacante, se comunique de inmediato a Espacio de las Infancias. Teléfono: 491662.**

Sólo pueden **retirar a los niños las personas mayores de 18 años** que estén **autorizadas** por los responsables adultos. Para esto es necesario haber completado la siguiente planilla con los datos de los autorizados: *nombre completo, DNI, teléfono y vínculo con el niño/a.* Los niños **no podrán retirarse solos**, ni en remis, ni en colectivo. **SIN EXCEPCIÓN.**

#### **AUTORIZADOS A RETIRAR**

**- Autorizo a que mí/s hijo/as sea/n retirado/as por (incluir a padre, madre o tutor y a quien inscribe):**

**- Nombre y Apellido:**

DNI:

Tel:

Vínculo:

- **Nombre y Apellido:**

DNI:

Tel:

Vínculo:

**AUTORIZACIONES (Marcar por sí o por no)**

- ***Autorizo el traslado de mis hijos***, dentro del Partido de Pinamar (playa, plazas, actividades recreativas, etc.), en el *transporte que provea la Municipalidad o caminando*, en la **compañía de los docentes que tienen a cargo el grupo** y en el horario de funcionamiento de la Colonia de Verano.

**SI / NO**

- ***Autorizo*** al personal de la institución ***a fotografiar o filmar a mi/s hijo/as*** con el fin de exponer y presentar las actividades realizadas en la Institución, tanto a las familias como a la comunidad. ***Autorizo a la publicación y difusión de dichas imágenes*** en las redes sociales de la Municipalidad de Pinamar.

**SI / NO**

- ***Autorizo*** a que mi hijo/a ***sea llevado por personal de la Institución a la Guardia Pediátrica del Hospital Comunitario de Pinamar***, ante una situación de urgencia, convocando a la familia telefónicamente para que se haga presente al lugar de atención.

**SI / NO**

- Autorizo al personal de la institución, ***en caso de que sea necesario y no haya ningún adulto responsable que pueda presentarse a realizarlo***, a que ***realicen el cambiado de pañales y ropa*** a los niños de la sala de 3 años.

**SI / NO**

## INFORMACIÓN DE SALUD

Contestar todas las preguntas, por sí o por no y tratar de brindar la mayor información posible. Se completa una pregunta por cada niño/a inscripto/a

- Nombre del Niño/a:

- ✓ ¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médico periódico? ¿Cuál? ¿Toma alguna medicación de manera regular? En caso de haber una enfermedad crónica o a largo plazo, presentar certificado médico con sus características.
  
- ✓ ¿Tiene algún tipo de alergia? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Recibe tratamiento permanente?
  
- ✓ ¿Presenta alguna limitación física? De ser así, se deberá presentar **apto médico** para realizar actividades físicas.
  
- ✓ ¿Realiza tratamiento psicológico/psicopedagógico/fonoaudiológico/terapia ocupacional? ¿Con quién y en donde?
  
- ✓ ¿Asiste la jornada completa a la escuela/jardín? ¿Tiene acompañante terapéutico?

- Nombre del Niño/a:

- ✓ ¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médico periódico? ¿Cuál? ¿Toma alguna medicación de manera regular? En caso de haber una enfermedad crónica o a largo plazo, presentar certificado médico con sus características.
  
- ✓ ¿Tiene algún tipo de alergia? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Recibe tratamiento permanente?
  
- ✓ ¿Presenta alguna limitación física? De ser así, se deberá presentar **apto médico** para realizar actividades físicas.
  
- ✓ ¿Realiza tratamiento psicológico/psicopedagógico/fonoaudiológico/terapia ocupacional? ¿Con quién y en donde?
  
- ✓ ¿Asiste la jornada completa a la escuela/jardín? ¿Tiene acompañante terapéutico?

**- Nombre del Niño/a:**

- ✓ ¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médico periódico? ¿Cuál? ¿Toma alguna medicación de manera regular? En caso de haber una enfermedad crónica o a largo plazo, presentar certificado médico con sus características.
  
- ✓ ¿Tiene algún tipo de alergia? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Recibe tratamiento permanente?
  
- ✓ ¿Presenta alguna limitación física? De ser así, se deberá presentar **apto médico** para realizar actividades físicas.
  
- ✓ ¿Realiza tratamiento psicológico/psicopedagógico/fonoaudiológico/terapia ocupacional? ¿Con quién y en donde?
  
- ✓ ¿Asiste la jornada completa a la escuela/jardín? ¿Tiene acompañante terapéutico?

**- Nombre del Niño/a:**

- ✓ ¿Tiene alguna enfermedad que requiera tratamiento o control médico periódico? ¿Cuál? ¿Toma alguna medicación de manera regular? En caso de haber una enfermedad crónica o a largo plazo, presentar certificado médico con sus características.
  
- ✓ ¿Tiene algún tipo de alergia? ¿Cuáles son sus manifestaciones? ¿Recibe tratamiento permanente?
  
- ✓ ¿Presenta alguna limitación física? De ser así, se deberá presentar **apto médico** para realizar actividades físicas.
  
- ✓ ¿Realiza tratamiento psicológico/psicopedagógico/fonoaudiológico/terapia ocupacional? ¿Con quién y en donde?
  
- ✓ ¿Asiste la jornada completa a la escuela/jardín? ¿Tiene acompañante terapéutico?

**FIRMA:**

**ACLARACIÓN:**

**DOCUMENTO:**