



LÚDICAS Y ESCUELAS DEPORTIVAS
COLEGIO AMERICANO DE BUCARAMANGA - 2026

Lúdica o Escuela Deportiva a participar: Grado:

Nombre completo del estudiante:		FOTO 3 X 4
Lugar y Fecha de nacimiento:		
Documento de Identidad:	REG. TI.	
Dirección:		
Barrio:		
Teléfonos de Contacto:		
E-mail:		

Nombre del Padre:		N. Celular:	
Nombre de la Madre:		N. Celular:	

Información Médica:	EPS	Tipo de Sangre:	
---------------------	--------------------------	-----------------	----------------------

Antecedentes de Enfermedades: (Marque con una X las enfermedades que ha padecido o padece el niño/a)

ASMA	☐	BRONQUITIS	☐	DIABETES	☐	FRACTURAS	☐
OTITIS	☐	EPILEPSIA	☐	AFECCIONES CARDIACAS	☐	CONVULSIONES	☐
OPERACIONES:	SI ☐	NO ☐	¿Cual?				
OTRAS:							

Antecedentes Alérgicos: (Marque con una X las enfermedades que ha padecido o padece el niño/a)

MEDICAMENTOS	☐	ALIMENTOS	☐	PENICILINA	☐	OTROS	☐	CUAL	
--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-------	--------------------------	------	----------------------

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ en calidad de Padre de familia o acudiente del estudiante _____ del grado _____, ACEPTO la vinculación y participación del niño/a inscrito en el presente formulario y autorizo al Colegio Americano para: a) recolectar, almacenar y utilizar los datos suministrados para propósitos pedagógicos, académicos, científicos, estadísticos y promocionales. b) que mis datos personales sean administrados y tratados a través de los sistemas de información del Colegio Americano. c) aplicar a mi hijo/a test valorativos en el proceso de diagnóstico, evaluación y control requeridos por parte del programa (los test valorativos no son invasivos y están clasificados como pruebas de campo, estos son: - valoración antropométrica y pruebas motoras y físicas). d) Toma y uso de fotografías con fines publicitarios.

Igualmente manifiesto el conocimiento sobre los diferentes riesgos que existen en la práctica de actividades lúdicas y deportivas tales como lesiones físicas y traumatismos entre otras, durante las clases de formación del programa, por tal razón, entiendo la importancia de cumplir con mi compromiso de tener vigente la seguridad social e informar oportunamente al docente de alguna condición de salud particular que pueda presentar mi representado durante su asistencia al programa o algún tipo de restricción médica que haya sido ordenado por el profesional tratante, exonerando al **Colegio Americano** de toda responsabilidad civil, médica y de cualquier índole.

Firma Padre de Familia o Acudiente

C.C. _____