

-BOLETÍN INFORMATIVO TORNEOS BONAERENSES 2024-

FECHA DE INSCRIPCIÓN	DESDE EL LUNES 15/04 AL SABADO 04/05
LUGAR DE ENTREGA DE PLANILLAS	SECRETARIA DE CULTURA, EDUCACIÓN Y DEPORTES DE SAAVEDRA-PIGÜÉ (Av. Mitre 586)

1. PROCESO DE INSCRIPCIÓN

- a. El docente/entrenador deberá crear un usuario en PLENUS.
(<https://plenus.juegos.gba.gob.ar>)

-A continuación, le facilitamos un tutorial para poder hacerlo:
<https://www.youtube.com/watch?v=aACDkCx9IA>

-Los campos de teléfono y mail son obligatorios para la inscripción.
En caso de menores se debe consignar el del padre, madre o tutor.

- b. Una vez creado el usuario, se deberán completar las planillas correspondientes a cada disciplina donde se quiere participar.

IMPORTANTE: antes de hacerlo sugerimos leer el reglamento de Juegos bonaerenses 2024 donde se indica disciplinas en general, categorías, etc.

REGLAMENTO JUEGOS BONAERENSES JUVENILES

<https://juegos.gba.gob.ar/wp-content/uploads/documentos/reglamentos/generales/REGLAMENTO%20GENERAL%20JUVENILES%20DEPORTES%202024.pdf>

REGLAMENTO JUEGOS BONAERENSES PERSONAS CON DISCAPACIDAD

<https://juegos.gba.gob.ar/wp-content/uploads/documentos/reglamentos/generales/REGLAMENTO%20GENERAL%20DEPORTES%20PCD.pdf>

- c. Una vez completada la planilla, deberán acercarla a Secretaría de Cultura, Educación y Deporte, con la firma del docente/entrenador responsable. La Secretaría las revisará y las confirmará. Una vez hecho esto, se dará aviso, en caso de ser escolares, a la dirección institucional correspondiente.

2. OTROS DATOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA:

- a. Adjuntamos las planillas de salud correspondientes a cada categoría para entregar completas junto con las de inscripción. PARA LA MISMA TIENEN A DISPOSICIÓN EL MÉDICO DEL CEF 83 EN DÍA Y HORARIO QUE LA INSTITUCIÓN CONVENIENTEMENTE INFORME.
- b. En las instancias competitivas, será requisito indispensable que el/los deportistas sean acompañados por un docente a cargo.
- c. Para esta edición, además de las instancias establecidas por el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, la municipalidad, a través de la Secretaría de Cultura, Educación y Deporte llevará adelante:
 - i. Una reunión organizativa con los profesores que se anoten para acompañar a los diferentes grupos.
 - ii. Una jornada de apertura a la que se convocará a todos/as los/as inscriptos/as.
 - iii. Una jornada de cierre en la que el objetivo será compartir lo vivido por los/as deportistas.

Por cualquier inquietud que surja durante el proceso de inscripción, puedes comunicarte al celular de la Dirección de Deportes: 2923-694151 de lunes a viernes de 7.00hs a 13.00hs y en la brevedad responderemos su consulta.



Datos Personales del Deportista									
Apellido:			Nombre:				DNI:		
Fecha Nacimiento: / /			Grupo Sanguíneo:				Factor:		
Domicilio:						Telef. Particular:			
Localidad:			Provincia:			Telef. Celular:			
Obra Social:						N° Afiliado:			
Nombre Padre-Madre-Tutor:						DNI:			
Domicilio:						Telefono:			
Mail:						Nacionalidad:			
Vacuna contra COVID		<input type="checkbox"/> SI	dosis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> NO	
Datos Deportivos									
Deporte/s que practica:						Institución:			

Para ser llenado por el Médico		
HISTORIA CLINICA		
marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas		
si	no	detalle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con muerte súbita
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades actuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirujías recientes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo episodio de desmayo o síncope
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a:

EVALUACION CLINICA			
Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado	<input type="text"/>
Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cual:	<input type="text"/>
Con que frecuencia:	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Cual?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio <input type="checkbox"/>		
Certifico que _____ de _____ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas			
Firma y Sellos del Médico		Lugar, fecha y hora	

Según mi leal consentimiento, autorizo a _____ DNI _____ a viajar y participar de los JUEGOS BONAERENSES 2024. Declaro verídicos los datos qpe proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. El anteriormente nombrado viaja con DNI, cédula del Mercosur o Pasaporte ORIGINAL, Autorizo la cesión de su imagen a la Organización de los Juegos Bonaerenses a cargo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.

_____ Firma Padre-Madre o Tutor

_____ Aclaración y DNI



Datos Personales del Deportista

Apellido:	Nombre:	DNI:
Fecha Nacimiento: / /	Grupo Sanguíneo:	Factor:
Domicilio:	Telef. Particular:	
Localidad:	Provincia:	Telef. Celular:
Obra Social:	N° Afiliado:	
Nombre Padre-Madre-Tutor:	DNI:	
Domicilio:	Telefono:	
Mail:	Nacionalidad:	
Vacuna contra COVID	SI	dosis 1 2 3 4 NO

Datos Deportivos

Deporte/s que practica:	Institución:
-------------------------	--------------

Para ser llenado por el Médico

HISTORIA CLINICA

marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

si	no		detalle
		Familiares con muerte súbita	
		Enfermedades respiratorias	
		Enfermedades metabólicas	
		Enfermedades cardiovasculares	
		Enfermedades articulares	
		Enfermedades neurológicas	
		Enfermedades actuales	
		Cirujías recientes	
		Toma medicación	
		Tuvo episodio de desmayo o síncope	
		Dolor en el pecho	
		Es alérgico a:	

EVALUACION CLINICA

Frecuencia Cardíaca Basal		Peso	
Frecuencia Respiratoria Basal		Altura	
Tensión Arterial Basal		Talla sentado	
Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cual:	
Con que frecuencia:	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días	si no
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?			<input type="checkbox"/>
Cual?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> Estudios de Laboratorio <input type="checkbox"/>		

Certifico que _____ de _____ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas

Firma y Sellos del Médico

Lugar, fecha y hora

Según mi leal consentimiento, autorizo a _____ DNI _____ a viajar y participar de los JUEGOS BONAERENSES 2024. Declaro verídicos los datos que proporciono en el presente cuestionario, autorizando al Jefe de Delegación a tomar, según prescripción médica, las decisiones convenientes y necesarias en mi ausencia. El anteriormente nombrado viaja con DNI, cédula del Mercosur o Pasaporte ORIGINAL, Autorizo la cesión de su imagen a la Organización de los Juegos Bonaerenses a cargo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.

Firma Padre-Madre o Tutor

Aclaración y DNI



Datos Personales del Deportista

Apellido:		Nombre:		DNI:			
Fecha Nacimiento: / /		Grupo Sanguíneo:		Factor:			
Domicilio:			Telef. Particular:				
Localidad:		Provincia:		Telef. Celular:			
Obra Social:			N° Afiliado:				
Domicilio:			Telefono:				
Mail:			Nacionalidad:				
Vacuna contra COVID	<input type="checkbox"/> SI	dosis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> NO

Datos Deportivos

Deporte/s que practica:	Institución:
-------------------------	--------------

Para ser llenado por el Médico

HISTORIA CLINICA

marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

si	no		detalle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con muerte súbita	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades actuales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirujías recientes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo episodio de desmayo o síncope	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a:	

EVALUACION CLINICA

Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado	<input type="text"/>
Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cual:	<input type="text"/>
Con que frecuencia:	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días	<input type="checkbox"/>
¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cual?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/>	Estudios de Laboratorio	<input type="checkbox"/>

Certifico que _____ de _____ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas

 Firma y Sellos del Médico

 Lugar, fecha y hora

Declaro verídicos los datos proporcionados en el presente cuestionario.
 Autorizo la cesión de mi imagen a la Organización de los Juegos Bonaerenses a cargo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.

 Firma Participante

 Aclaración y DNI



Solicitud de inscripción
 Lista de buena fe
Municipio:

Disciplina
Genero
Categoria
Modalidad
Auditoría

Inscriptor:

N° 000000

#	N° documento	Apellido	Nombres	Sexo	F. nacimiento	Teléfono	Municipio	E-mail	Obs.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Director técnico		Responsable Municipio	
Apellido		Apellido	
Nombre		Nombre	
Documento		Documento	
Teléfono		Teléfono	
Firma		Firma y Sello	

Responsable Institución 1		Institución a la que representa 1		Responsable Institución 2		Institución a la que representa 2	
Apellido		Nombre		Apellido		Nombre	
Nombre		Domicilio		Nombre		Domicilio	
Documento		Telefono		Documento		Telefono	
Firma y Sello		Sello		Firma y Sello		Sello	

* Por la mera circunstancia de suscribir la presente Lista de Buena Fe, el aspirante se obliga a respetar en todos sus términos y extensión el Reglamento General, que declara bajo juramento conocer y aceptar.
 * Reconoce a título confesional como único organismo facultado para su aplicación al Tribunal de Disciplina allí establecido, o el órgano que en futuro pudiera reemplazarlo, consintiendo expresamente lo establecido por el Artículo 13 del Reglamento, en lo concerniente a la irrecorribilidad de sus decisiones.
 * La presente planilla debe ser confeccionada a máquina o con letra tipo imprenta, consignándose la totalidad de los datos solicitados, que se consideran como DECLARACION JURADA.
 * Acepto que los datos proporcionados sean utilizados por el Gobierno de la provincia de Buenos Aires para envíos de información Institucional.