 **Secretaria de Deportes y Recreación**

**FICHA PERSONAL DE INSCRIPCION PARA ALUMNOS ESCUELAS DEPORTIVAS 2020**

**Es obligatorio presentar esta documentación y realizar el pago anual del seguro para iniciar la actividad.**

ESCUELA DEPORTIVA: …………………………………………PROFESOR/A:…………………………………

APELLIDO Y NOMBRE: ………………………………………………………………………………………………………….

FECHA DE NACIMIENTO: …………………………………………………………………….EDAD:…………………..

DNI N°:……………………………………………………………….(traer fotocopia 1º y 2º hoja).

DIRECCIÓN:………………………………………………………………………………..TELEFONO:…………………………………

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A :………………………………………………………………………………………………

ESCUELA DE MINISTERIO A LA QUE CONCURRE: ………………………………………………………………………..

OBRA SOCIAL: ……………………………………………..N° AFILIADO…………………………………………………………………

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR:…………………………………………………………………DNI:………………………….

DIRECCIÓN:…………………………………………………………………………………..TELEFONO:…………………………………

-------------------------------------------- ----------------------------------------------

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR ACLARACION

 **Secretaria de Deportes y Recreación**

**FICHA MEDICA ESCUELAS DEPORTIVAS MUNICIPALES 2020**

Talla…………………………………Talla sentado:……………………………….Peso:…………………………

Alérgico: SI / NO; A QUÉ?:…………………………………………………………………………………………………………..

Problemas cardíacos: SI / NO; CUAL?:…………………………………………………………………………………………

Problemas respiratorios: SI / NO; CUAL?:……………………………………………………………………………………

Diabetes: SI / NO; TIPO:………………………………………………………………………………………………………………

Convulsiones: SI / NO, FRECUENCIA:…………………………………………………………………………………………..

Desmayos: SI / NO, Motivo:………………………………………………………………………………………………………..

Problemas de presión: SI / NO……………………………………………………………………………………………………

Asmático: SI / NO / FRECUENCIA:………………………………………………………………………………………………

Fobias o temores: SI / NO, A QUÉ?:…………………………………………………………………………………………….

Epiléptico: SI / NO / TIPO:…………………………………………………………………………………………………………..

Otros:…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Vacunas recibidas:…………………………………………………………Factor sanguíneo:……………………………..

Toma algún medicamento: SI / NO / CUAL?:……………………………………………………………………………..

Cirugías: SI / NO; CUAL?:……………………………………………………………………………………………………………

Dieta específica: SI/ NO; CUAL?:……………………………………………………………………………………………….

Realiza actividad física? ¿Si – no ……………………………………cual?......................................................

SU ESTADO DE SALUD ES APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSCA: SÍ / NO

SE RECOMIENDA REALIZAR Y ADJUNTAR ELECTROCARDIOGRAMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello médico

Firma del padre y/o tutor:……………………………………………….

Aclaración y DNI:…………………………………………………………………………………………….