



CENTRO ASTURIANO DE BUENOS AIRES

SOLICITUD DE PRUEBA

DEPORTE/ACTIVIDAD: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____

TIPO DE DOCUMENTO: _____ **Nº** _____

DOMICILIO: _____ **LOCALIDAD:** _____

TELEFONO: _____ **CELULAR:** _____

E-MAIL: _____

COLEGIO (MENORES): _____

EMPRESA (MAYORES): _____

FICHA MÉDICA:

POSEE COBERTURA MÉDICA: SI-NO ¿CUÁL? _____ **Nº AFILIADO:** _____

RECIBIO TODAS LAS VACUNAS: SI-NO ¿CUÁLES NO? _____

ENFERMEDADES A LA Q ES PROPENSO: _____

ES ALERGICO: SI-NO ¿A QUÉ?: _____

TOMA MEDICAMENTOS: SI-NO ¿CUÁLES? _____

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTARSE CON: _____ **CEL:** _____

**SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA /DEPORTE
SI - NO (Tachar lo que no corresponda)**

La presente reviste de carácter de declaración jurada. La omisión de datos o falsedad de los mismos será responsabilidad del abajo firmante.

¿COMO NOS CONOCIO?: _____

FIRMA

ACLARACIÓN

TIPO Y N DE DOCUMENTO