

# FICHA DE INSCRIPCIÓN SOCIO DEPORTIVO



¿COMO NOS CONOCISTE? \_\_\_\_\_

FECHA DE INSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ DEPORTE/ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TIPO DE DOCUMENTO N° \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

COLEGIO (MENORES): \_\_\_\_\_ EMPRESA (MAYORES): \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DE SALUD:

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_

TIENE LA VACUNA ANTITETÁNICA: SI-NO

ES ALÉRGICO / A: SI-NO ¿A QUE?: \_\_\_\_\_

HA PADECIDO ESGUINCES O LUXACIONES: SI-NO ¿DÓNDE?: \_\_\_\_\_

*PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:*

METABOLICAS: DIABETES \_\_\_\_\_ SI-NO

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: \_\_\_\_\_ SI-NO

CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS: \_\_\_\_\_ SI-NO

HERNIA INGUINAL, CRURAL: \_\_\_\_\_ SI-NO

¿A PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD RECIENTE? SI-NO ¿CÚAL/ES?: \_\_\_\_\_

¿TOMA MEDICAMENTOS?: SI-NO. ¿CÚALES?: \_\_\_\_\_

INDICACIONES DE CARÁCTER MÉDICO QUE CONSIDERE INFORMAR:

POSEE COBERTURA MÉDICA: SI-NO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_ N° AFILIADO: \_\_\_\_\_

**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.

**Me comprometo dentro de los 30 días hábiles posteriores a la fecha de inscripción, a entregar un APTO MÉDICO para la práctica deportiva en el club. De no cumplir este requisito no podrá realizar actividad física.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N DE DOCUMENTO