ASOCIACIÓN DE SOCORROS MUTUOS, PREVISIÓN,
BENEFICIENCIA, CULTURA, RECREO Y DEPORTES.
Sede Social: Solís 475 – Cdad. Autónoma de Bs. As.
Tel: 4383-3577 / 6122 – Fax: 4381-2776.
Sede Deportiva: Av. Del Libertador 1081 – Vte. López – Prov. Bs. As.
Tel: 155-158-5858.

FICHA DE INSCRIPCIÓN ADHERENTE DEPORTIVO

ASOCIADO Nº: _____ **FECHA DE INGRESO:** _____

ASOCIADO ANTERIORMENTE: SI – NO **¿COMO NOS CONOCISTE?** _____

DEPORTE/ACTIVIDAD: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** ____ **DOCUMENTO Nº**_____

DOMICILIO: _____**LOCALIDAD:** _____

TELEFONO: _____ **CELULAR:** _____

E-MAIL: _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: _____ **CEL:** _____

MENORES DE 18 AÑOS - DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____

DNI: _____ **CELULAR:** _____

E-MAIL: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____

DNI: _____ **CELULAR:** _____

E-MAIL: _____

ANTEDECENTES 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

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD RECIENTE? SI-NO **¿CÚAL/ES?:**_____

¿TOMA MEDICAMENTOS?: SI-NO. **¿CÚALES?:** _____

INDICACIONES DE CARÁCTER MÉDICO QUE CONSIDERE INFORMAR: _____

_____

COBERTURA MÉDICA: SI-NO ¿CUÁL? _____

Nº AFILIADO: _____

Autorizo a la empresa de emergencias médicas a tomar las medidas necesarias para subsanar cualquier imprevisto relacionado con la salud de mi hijo.

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 Nº DE DOCUMENTO?: