

Inscripción Deportes

Apellido					
Nombres					
DNI		Fecha Nac./...../.....	Edad	
Teléfono			Tel de Emergencia		
Grupo Sanguíneo		Altura		Peso	

Datos Médicos					
	Si	/	No	Detalle	
Alergia a Medicamentos					
Alergia a:					
Asma					
Epilepsia					
Convulsiones					
Diabetes					
Enfermedades Crónicas					
Dificultades Visuales					
Dificultades Motoras					
Tratamiento Psiquiátrico					
Fobias (Miedos)					
Otro					
Vacuna Antitetánica				Fecha de última aplicación/...../.....

Padece alguna enfermedad actualmente? Especifique			
Necesita algún tratamiento? Especifique (medicación, dosis, frecuencia)			
Observaciones, aclaraciones, sugerencias que considere necesarias?			
Posee cobertura médica: si / no - Teléfonos de Urgencia de dicha cobertura:			
Nombre de la entidad a la que está afiliado:			
Número de afiliado:			
Datos de contactos			
Nombre y Apellido		N° de teléfono	

Como suscriptor, en pleno uso de mis facultades, manifiesto mi interés y consentimiento para participar de cualquier evento o sesión deportiva organizada por la UNTDF o, en su defecto, como representante de la misma, declaro que estoy en plena condición de salud para su práctica y me comprometo a presentar el apto físico correspondiente. Asumo la responsabilidad sobre todos los datos suscriptos en la presente planilla, siendo mi obligación informar cualquier modificación de los mismos.

Firma y aclaración

