



GENERAL
LAS HERAS
GOBIERNO MUNICIPAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y SALUD

POLIDEPORTIVO

GIMNASIO MUNICIPAL

- ☐ CARRIL DE NADO
☐ ESCUELA DE NATACIÓN
☐ NATACION PCD (PERSONAS CON DISCAPACIDAD)
☐ PILETA LIBRE

Disciplina:.....

FECHA/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE
DNI
FECHA NACIMIENTO/...../..... EDAD C.P LOCALIDAD/PROVINCIA
CELULAR

NOMBRE PADRE / MADRE / TUTOR
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON
CELULAR DOMICILIO LOCALIDAD

POSEE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐ (Adjuntar copia en caso afirmativo)

COBERTURA MÉDICA N° DE AFILIADO
TEL DE COBERTURA EN CASO DE EMERGENCIA

PESO ESTATURA GRUPO SANGUINEO

ANTECEDENTES MEDICOS (debe ser completado por un médico)

Marcar con una X si presento algunas de estas enfermedades

– ampliar al dorso en caso afirmativo-

Fracturas	Paperas	Convulsiones-epilepsias
Esguinces	Hepatitis	Anemia-leucemia
Alguna enfermedad muscular	Hernias	Enfermedades de la tiroides
Asma	Diabetes	Intervenciones quirúrgicas
Bronquitis a repetición	Soplos cardiacos	Usa anteojos-audifonos
Neumonía	Arritmias cardiacas	Enfermedades en la piel (Dermatitis, eczema)
Varicela	Alguna vez perdió el conocimiento-desmayo	Alérgico a: picaduras de insectos, polen medicamentos, antibióticos.
Sarampión-Rubeola	Dolores de cabeza-mareos	Enferm.renales-insuficien.renal

Certifico que.....de..... años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades competitivas.

Firma y sello del médico

DECLARACIÓN JURADA DE APTITUD FÍSICA

FIRMAR POR UN ADULTO RESPONSABLE EN CASO DE NO TENER LA FIRMA DEL MEDICO,

DECLARO QUE, A PESAR DE NO HABER PODIDO OBTENER CERTIFICADO MÉDICO, ME ENCUENTRO APTO, GOZANDO DE SALUD FÍSICA Y MENTAL PARA DESARROLLAR COMPETENCIAS Y PRÁCTICAS DEPORTIVAS, DADOS LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS A QUE HE SIDO SOMETIDO RECIENTEMENTE, Y POR TANTO, ASUMO LA RESPONSABILIDAD DE INSCRIBIRME EN ESTAS COMPETENCIAS EXIMIENDO A LOS ORGANIZADORES Y COLABORADORES DE TODA RESPONSABILIDAD EN CASO DE LESIÓN Y/O ACCIDENTE QUE PUDIERA SUFRIR, YA QUE PARTICIPO VOLUNTARIAMENTE EN ÉSTA ACTIVIDAD,

FIRMA DEL RESPONSABLE

ACLARACIÓN

DNI

INFORMACION IMPORTANTE: Todo alumno/a que posea completa esta ficha y el drive de inscripción, contará con un seguro de accidente contra reembolso, el cual deberá gestionarse dentro de las 48hs luego de ocurrido el siniestro. Dicho trámite estará a cargo del adulto responsable que firma al pie de la ficha.

Autorizo a mi hijo/a..... a participar, de la actividad seleccionada, en conformidad con la información declarada.

FIRMA PADRE MADRE O TUTOR

ACLARACIÓN

DNI