INSCRIPCIÓN CAMPUS DE FÚTBOL VERANO 26/27

Vélez Sarsfield
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

CATEGORÍA	PRACTICA EL DEPORTE. ¿DÓNDE?

DATOS DEL PARTICIPANTE	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	DOMICILIO

PERIODO QUE ASISTE: **DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO**

¿Estudia en el Instituto Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield? **SÍ - NO**

¿Participa de la actividad de Fútbol Formativo-Recreativo y/o Ligas Competitivas? **SÍ - NO**

¿Asiste a la Colonia en Turno Tarde? **SÍ - NO**

¿Almuerza en el Club? **SÍ - NO**

¿Se tuvo que asociar para participar de la actividad? **SÍ - NO**

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

Declaro que los datos consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/o a concurrir al Campus de Fútbol Verano 26/27 y a disponer de las imágenes obtenidas tanto en material fílmico como fotográfico durante la actividad con fines institucionales.

FIRMA MADRE

DNI ACLARACIÓN

FIRMA PADRE

DNI ACLARACIÓN

DECLARACIÓN JURADA ESTADO DE SALUD

Vélez Sarsfield
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

DATOS DEL PARTICIPANTE	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO QUE CURSA
	DOMICILIO		

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

¿Utiliza lentes y/o audífonos?_____

¿Puede realizar deportes/Natación? _____

¿Sufre algún trastorno de salud?_____

¿Toma medicamentos o se encuentra bajo un tratamiento médico? _____

Factor y tipo de sangre: _____

¿Es alérgico a algún medicamento, picaduras, comida, etc? _____

¿Cómo se manifiesta la alergia?_____Medicación_____

Obra Social/Prepaga _____Nº Afiliado _____

Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: _____

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A_____

_____ a los _____ días del mes de _____ del año_____

AUTORIZANDO por la presente (en caso de EMERGENCIA) a actuar según lo dispongan los PROFESIONALES MÉDICOS del servicio de emergencia médica de la Institución.

De ser necesario trasladarlo a:_____

En caso de no aceptar el servicio de Emergencia Médica, la familia será responsable de la atención y traslado del niño/a.

_____
FIRMA PADRE/ MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN DNI