



Datos Personales:

Nombre y Apellido.....

Fecha de Nac..... Edad.....D.N.I.

Nombre de los Padres..(si es menor).....

Domicilio.....

Teléfono Particular.....Teléfono Alternativo.....

E-mail.....

Ficha Médica

Cobertura Médica..... Nº de Afiliado.....

Plan.....Teléfonos.....

Grupo sanguíneo.....Factor RH.....

Teléfono en caso de urgencia avisar a.....Teléfono.....

Propensión a enfermedades.....

Es alérgica a.....¿Tiene tratamiento específico?.....

.....

¿Sigue algún tratamiento médico?.....¿Cual?.....

.....

Datos u observaciones a tener en cuenta.....

.....

o Padre, Madre o Tutor

Apto Médico

Dejo constancia que.....está apta/o para realizar actividades deportivas.

.....

o Padre, Madre o Tutor

.....

Firma, aclaración y matrícula del médico