

ESCUELA DE INICIACIÓN DEPORTIVA CLUB BOMBERITOS



DATOS DEL NIÑO/A

Apellidos y Nombres
Edad Fecha de nacimiento DNI
Domicilio CP Localidad: Tel.
Particular Celular Tel.
Alternativo Obra Social

DATOS FAMILIARES

Apellido y Nombres (Madre, Padre, Encargado)
DNI Teléfono Otros
E-MAIL
Apellido y Nombres (Madre, Padre, Encargado)
DNI Teléfono Otros
E-MAIL

PERSONAS AUTORIZADAS AL RETIRO DEL NIÑO/A

Apellido y Nombres
Parentesco DNI Teléfono

Apellido y Nombres
Parentesco DNI Teléfono

Apellido y Nombres
Parentesco DNI Teléfono

FICHA MÉDICA

¿Sufre algún problema respiratorio?
Tratamiento
¿Es alérgico? SI – NO ¿A qué?
Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con x)
Procesos inflamatorios Fracturas o esguinces Enfermedades infecto-contagiosas
Otras.....
Está tomando alguna medicación. ¿Cuál?
Alguna indicación que es necesario que deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....
.....

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de,
autorizando por la presente (en caso de emergencia) se actúe según los profesionales médicos.
Asimismo me comprometo a mantenerla actualizada en caso de variar alguno de los puntos.

Firma del padre/madre/ tutor/a o encargado/a

Firma de la madre/ tutor/a o encargado/a

Aclaración y D.N.I.

Aclaración y D.N.I.