

**FICHA MÉDICA****DATOS ALUMNA/O**

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: | FECHA DE NAC: / / | SOCIO N°:

OBRA SOCIAL: | N° AFILIADO:

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A LA ENTIDAD SANITARIA

EN 1° LUGAR	EN 2° LUGAR

OBSERVACIONES Y/O DATOS IMPORTANTES A INFORMAR:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica.

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

Nro. de Documento

Por la presente se deja constancia que
se encuentra a la fecha de la presentación, en estado de salud satisfactorio, estando en condiciones de desarrollar actividades deportivas.

Sello y Matrícula Profesional

Fecha

Firma del Médico