

FICHA DE SALUD COMPLEMENTARIA DE TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DEPORTE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN POLIDEPORTIVOS

Nombre y apellido del alumno/a:

DNI: Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Discapacidad:

Teléfono/Celular de contacto:

Nombre adulto/a responsable (madre, padre, tutor)

DNI:

Domicilio:

Teléfono/Celular:

INFORME DE SALUD

Vacunas completas: SI - NO (tachar lo que no corresponda)

¿Tuvo cirugías SI NO cuál?

Es alérgico: SI - NO en caso afirmativo indicar a qué SI:

Convulsiona: SI - NO

PADECE ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES:

Sopló cardíaco, asma, diabetes, hipo o hiper tiroidismo:.....

¿Toma medicación SI NO cuál?

Observaciones:.....
.....

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR DE LA ACTIVIDAD AL ALUMNO/A

Nombre y apellido: DNI:

Nombre y apellido: DNI:

Nombre y apellido: DNI:

Nombre y apellido: DNI:

Nombre y apellido: DNI:

FIRMA: ACLARACIÓN: DNI:

FECHA:/...../.....