

## Ficha de Inscripción (Adolescentes)

Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Tel alternativo: \_\_\_\_\_ para localizarlo en clase

Apellido y Nombres de la madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Antecedentes Médicos: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

¿Posee alguna enfermedad cardiológica, neurológica o de vías respiratorias?  No  Si

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Está con tratamiento médico?  No  Si

Describe en que consiste: \_\_\_\_\_

Profesional con que lo realiza: \_\_\_\_\_

¿Es alergico?  No  Si ¿A qué?: \_\_\_\_\_

¿Tiene contraindicaciones con algún medicamento?  No  Si ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que lo atiende: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Cobertura médica: \_\_\_\_\_ N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

Escuela a la que concurre: \_\_\_\_\_

Curso o Año: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

En caso de emergencias comunicarse con: \_\_\_\_\_

Día y horario que concurrirá a clases: \_\_\_\_\_ Natatorio: \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia de natación?  Si  No

En caso de ser necesario autorizo a realizar primeros auxilios.

Firma y aclaración