

Ficha de Inscripción (Adultos)

Fecha: _____

Apellido y Nombres: _____ DNI: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Domicilio: _____

E-mail: _____ Tel: _____ Cel: _____ 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: _____

Ocupación: _____

Observaciones: _____

En caso de emergencia llamar a:

Nombre y Apellido: _____ Tel: _____

¿Tiene experiencia de natación? Si No

En caso de ser necesario autorizo a realizar primeros auxilios.

Firma y aclaración