



Rugby Infantil Año 2016

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIVISIÓN: _____

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Algún Impedimento para practicar deporte o actividad física?

¿Alergias? SI / NO (En caso afirmativo detallar cual/es)

¿Defectos posturales? (Ejemplo: Desviación de columna, pié plano, etc.)

¿Traumatismos (ej.: desgarrros, esguinces, fracturas, luxaciones) u operación que interesen a la actividad deportiva?

APTITUD MÉDICA

Certifico que el Sr. _____ DNI. _____, es apto para la práctica de Rugby y la realización de todas las actividades relacionadas con tal participación .

Fecha: _____

Firma y Sello del médico

Nota: En caso de accidentes, el Club San Cirano tiene contrato de área protegida con un servicio de Emergencia Médica y se realizará el traslado a la que este determine.

ASISTENCIA MEDICA de URGENCIA

Por la presente autorizo al Médico de vuestra Institución a realizar la asistencia médica de urgencia que fuera necesaria.

TRASLADOS

Autorizo a mi hijo a realizar viajes de corta y larga distancia, tanto en días de entrenamiento como así también durante el fin de semana.

FIRMA PADRE/TUROR

FIRMA MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

DNI: -----

DNI: -----



INFORMACION GENERAL

Domicilio:

Calle: _____ N° _____ Piso: _____

Dpto. _____ Localidad _____ C.P.: _____

Teléfonos:

Particular _____ Celular _____

Nombre y Apellido del Padre: _____

TE Oficina _____ TE Celular _____

Nombre y Apellido de la Madre: _____

TE Oficina _____ TE Celular _____

Obra Social: _____ N° de Sócio _____

TEL. Urgencias de la Cobertura Médica: _____

Colegio:

E-mail:
