NOMBRE COMPLETO: Haga clic aquí para escribir texto.

DNI: Haga clic aquí para escribir texto.

FECHA DE NAC.: Haga clic aquí para escribir una fecha.

NACIONALIDAD: Haga clic aquí para escribir texto.

DOMICILIO: Haga clic aquí para escribir texto.Nº: Haga clic aquí para escribir texto.

LOCALIDAD: Haga clic aquí para escribir texto. COD. POSTAL: Haga clic aquí para escribir texto.

TEL. PARTICULAR/ FAMILIAR: Haga clic aquí para escribir texto.

NOMBRE PADRE O TUTOR:Haga clic aquí para escribir texto. DNI:Haga clic aquí para escribir texto.

NOMBRE MADRE O TUTOR: Haga clic aquí para escribir texto.DNI:Haga clic aquí para escribir texto.

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN** |

INSTITUCION:Haga clic aquí para escribir texto.

PROFESOR A CARGO:Haga clic aquí para escribir texto.

|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN** |

Dejo constancia que autorizo toda publicación de información, imágenes u otro material correspondiente a la participación en la Liga de Fútbol Especial, para ser difundidos y/o publicados por la institución organizadora.

|  |
| --- |
| **DATOS MEDICOS** |

MEDICACION: SI ☐ NO ☐ CUÁL: Haga clic aquí para escribir texto.

CUÁL: Haga clic aquí para escribir texto.

VACUNAS: ANTITETÁNICA SI ☐ NO ☐ CUÁNDO: Haga clic aquí para escribir texto.

ALERGICO: SI ☐ NO ☐ A QUÉ: Haga clic aquí para escribir texto.

CONVULSIONES: SI ☐ NO ☐ CÓMO SE MANIFIESTA: Haga clic aquí para escribir texto.

CÓMO PROCEDER: Haga clic aquí para escribir texto.

QUEDA CERTIFICADO QUE EL JOVEN\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ CUENTA CON EL APTO MEDICO PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS COMPETITIVAS.

FIRMA DEL DEPORTISTA NOTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR FIRMA DEL MÉDICO (EN CASO QUE SEA NECESARIO)