

## DATOS DEL JUGADOR



Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

D.N.I.

N° de socio

Escuela

Domicilio

¿Tiene celular? SI / NO / número

Obra social

¿Padece algún tipo de enfermedad?

¿Toma medicación? ¿Cuál?

Médico de cabecera

Ante una urgencia llamar a *(número)*

Mail

¿Practica otros deportes? ¿Cuáles?

Fecha de inicio de actividades *(aprox.)*

## DATOS DE LOS PADRES / TUTORES

Apellido y nombre Padre:

N° celular

Mail

Apellido y nombre Madre

N° celular

Mail

Otro vínculo

N° celular

Mail

## DOCUMENTACIÓN

Fotocopia de D.N.I.

Certificado médico

## DATOS DEL JUGADOR



Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

D.N.I.

Nº de socio

Obra social

Sexo M / F

Rugby / Hockey

Puesto

## CERTIFICADO MÉDICO

Peso

Estatura

IMC (*índice de masa corporal*)

Presión arterial

Esquema de vacunas (*competo / incompleto*)

Grupo sanguíneo

Antecedentes patológicos

Observaciones

Fecha, firma y sello del profesional