



### FICHA DE INSCRIPCIÓN

#### **ESCUELAS DEPORTIVAS MUNICIPALES PARQUE INCLUSIVO**

Yo Señor/a. \_\_\_\_\_ Padre / Madre o Representante Legal de \_\_\_\_\_, autorizo al mismo a formar parte de las Escuelas Deportivas Municipales durante la presente temporada septiembre 2017 a diciembre del 2018. Autorizo que su imagen sea promovida por los diferentes medios de comunicación y/o redes sociales y acatar las normas establecidas en la entidad.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

#### DATOS DE IDENTIFICACION NNA

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombres:             |  |
| Apellidos:           |  |
| Edad:                |  |
| N° de cedula:        |  |
| Fecha de Ingreso:    |  |
| Dirección:           |  |
| Localidad:           |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Teléfonos:           |  |
| Institución/Curso :  |  |

#### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombres:             |  |
| Apellidos:           |  |
| Dirección:           |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Ocupación:           |  |
| Lugar De Trabajo:    |  |
| Dirección/teléfonos: |  |
| Email.               |  |

## FICHA MÉDICA

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

En las siguientes preguntas debe introducir la respuesta adecuada y en la línea que se encuentra en la parte inferior de la pregunta, aporte los datos que crea oportuno acompañar.

1.- ¿tiene su hijo algún tipo de discapacidad? ..... SI ☐ NO ☐

Si respondió afirmativamente, amplíe los  
datos.....

2.- ¿Padece algún tipo de alergia? ..... SI ☐ NO ☐

Si respondió afirmativamente, amplíe los  
datos.....

3.- ¿Padece asma o alguna dificultad respiratoria? ..... SI ☐ NO ☐

Si respondió afirmativamente, amplíe los  
datos.....

4.- ¿Padece alguna dolencia o deformación en los huesos o articulaciones?.. SI ☐ NO ☐

Si respondió afirmativamente, amplíe los  
datos.....

5.- ¿Padece alguna deformación en la columna vertebral?..... SI ☐ NO ☐

Si respondió afirmativamente, amplíe los  
datos.....

6.- ¿Padece algún tipo de deformación en los pies? ..... SI ☐ NO ☐

Si respondió afirmativamente, amplíe los  
datos.....

7.- ¿Consume algún tipo de medicamento? SI ☐ NO ☐

(Nombre y Dosis que ingiere)

8.- Otras consideraciones que crea oportuno  
exponer.....