

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

**MODIFICACIÓN DE DATOS**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: \_\_\_\_\_  
 D.N.I./PASAPORTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ARGENTINO: \_\_\_\_\_ EXTRANJERO: \_\_\_\_\_ PAÍS DE ORIGEN: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CALLE: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_  
 TORRE: \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ DPTO: \_\_\_\_\_ MANZANA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 COBERTURA MÉDICA: \_\_\_\_\_ N° AFILIADO: \_\_\_\_\_

OTRAS PERSONAS PARA CONTACTAR: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

¿ESTUDIA? SI NO ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 CARRERA: \_\_\_\_\_  
 ¿TRABAJA? SI NO ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 HORARIO: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

ALIMENTARIA: \_\_\_\_\_ INSECTOS: \_\_\_\_\_ FÁRMACOS: \_\_\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES ESPECIFICAS (ACLARAR EN \*)**

CARDIOVASCULARES		HEMATOLÓGICAS	
PULMONARES		RENALES	
GASTROINTESTINALES		NEUROLÓGICAS	
ENDÓCRINAS		METABÓLICAS	
AUTOINMUNES		DERMATOLÓGICAS	
OFTALMOLÓGICAS		OTORRINOLARINGOLÓGICAS	
INFECCIOSAS		GENITOURINARIAS	
OSTEOARTICULARES		MIOPÁTICAS	
ONCOLÓGICAS		PSIQUIÁTRICAS	

\*ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ SECUELAS: \_\_\_\_\_  
 \*ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ SECUELAS: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

QUIRÚRGICOS: \_\_\_\_\_  
 INTERNACIONES PREVIAS: \_\_\_\_\_  
 HÁBITOS TABACO: \_\_\_\_\_ ALCOHOL: \_\_\_\_\_ DROGAS\*: \_\_\_\_\_ FÁRMACOS\*: \_\_\_\_\_ OTROS\*: \_\_\_\_\_  
 \*ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
 ENFERMEDAD POR EXPOSICIÓN LABORAL: \_\_\_\_\_  
 TRANSFUSIONES: \_\_\_\_\_  
 FAMILIARES: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES DEPORTIVOS

¿PRACTICA ALGUNA/S OTRA/S ACTIVIDAD/ES DEPORTIVA/S EN ESTE MOMENTO? SI NO

¿CUÁL/ES? (INCLUYE GIMNASIO): \_\_\_\_\_

¿HACE CUÁNTO PRACTICA?: \_\_\_\_\_ HORARIOS: \_\_\_\_\_

¿HACE CUÁNTO PRACTICA?: \_\_\_\_\_ HORARIOS: \_\_\_\_\_

¿PRACTICÓ ALGUNA/S OTRA/S ACTIVIDAD/ES DEPORTIVA/S?:

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL CESE: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL CESE: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_ TIEMPO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL CESE: \_\_\_\_\_

## BENEFICIARIO DEL SEGURO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: \_\_\_\_\_

D.N.I./PASAPORTE: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES Y/O CUALQUIER INFORMACIÓN QUE EL INTERESADO CONSIDERE DEBA SER INFORMADA**

**ACLARACIÓN IMPORTANTE:** EL PRESENTE FORMULARIO DEBERÁ SER PRESENTADO ADJUNTO AL FORMULARIO MÉDICO PROVISTO POR CFA CON EL "APTO PARA REALIZAR COMPETENCIA DE MEDIANO Y ALTO RENDIMIENTO" EXPEDIDO POR UN MÉDICO.

TAMBIÉN SE PODRÁ ENTREGAR COMO CERTIFICADO MÉDICO EL EXAMEN MÉDICO PARA LA MEDIANA Y ALTA COMPETENCIA (E.M.M.A.C) DISPUESTO POR RESOLUCIÓN NRO. 108/09 DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA Y HOMOLOGADO POR RESOLUCIÓN NRO. 649/09 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN. DEBERÁN ADJUNTARSE COPIA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS.

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CORRECTOS, MANIFESTANDO EXPRESAMENTE NO HABER FALSEADO NI OMITIDO DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.**

**DECLARO BAJO JURAMENTO HABER LEÍDO EL REGLAMENTO DE CÓRDOBA FOOTBALL AMERICANO ASOCIACIÓN CIVIL Y HABER SIDO INFORMADO Y ADVERTIDO DETALLADAMENTE SOBRE LOS RIESGOS DE LESIONES INHERENTES A LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO Y JUEGO DEL FOOTBALL AMERICANO EN TODAS SUS MODALIDADES DE JUEGO.**

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE HE SIDO INFORMADO Y ESTOY EN CONOCIMIENTO DE LAS IMPLICANCIAS DE INSCRIBIRME COMO JUGADOR FRANQUICIA DEL EQUIPO CENTAUROS:**

\* QUE DEBO CUMPLIMENTAR CON LO EXIJIDO EN EL CURSO DE NOVATOS (DE NO CUMPLIR ESTE REQUISITO QUEDARÉ FUERA DE LA PRESENTE TEMPORADA).

\* QUE NO HE TENIDO CONTACTO CON CFA PREVIO AL CONTACTO CON CENTAUROS (DE NO CUMPLIR ESTE REQUISITO PASARÉ A SER ELEGIBLE EN EL DRAFT GENERAL).

\* QUE PARA CONFIRMAR MI SITUACIÓN DE JUGADOR FRANQUICIA, CENTAUROS DEBE PRESENTARME EN SU LISTA DE JUGADORES FRANQUICIA (EN CASO DE NO SER PRESENTADO EN DICHA LISTA PASARÉ A SER ELEGIBLE EN EL DRAFT GENERAL).

\* QUE UNA VEZ CONFIRMADO COMO JUGADOR FRANQUICIA NO PODRÉ TRANSFERIRME A OTRO EQUIPO DE LA LIGA HASTA CUMPLIR TRES AÑOS COMO JUGADOR DE CENTAUROS.

CÓRDOBA, \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 .

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOCIO

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN