

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.

A5 YCF F9 GDCBG56 @

ÚΕÛÒÞVÒÛÒÛÁ
 APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: _____
 D.N.I./PASAPORTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____
 ARGENTINO: _____ EXTRANJERO: _____ PAIS DE ORIGEN: _____
 DOMICILIO CALLE: _____ N: _____
 TORRE: _____ PISO: _____ DPTO: _____ MANZANA: _____ CODIGO POSTAL: _____
 LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
 TELEFONO PARTICULAR: _____ TELEFONO CELULAR: _____
 DIRECCION E-MAIL: _____

CÓRDOBA, ____ DE _____ DE 20 ____ .

FIRMA DEL SOCIO

ACLARACIÓN