

**CLUB CÍRCULO TROVADOR – AÑO: 2015.**

**FICHA DE SALUD DEL SOCIO JUGADOR**

Valido para el año: 2015... FECHA: .....

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOCIO JUGADOR:: .....

FECHA DE NACIMIENTO: ..... DNI: .....

DOMICILIO: .....

TELÉFONO PARTICULAR: .....

SEGURO MÉDICO: ..... N° AFILIADO: .....

Nombre y Apellido madre: ..... Tel. Celular: .....

Nombre y Apellido padre: ..... Tel. Celular: .....

FIRMA DE LA MADRE.....

FIRMA DEL PADRE.....

**INFORMACIÓN DEL SOCIO JUGADOR SUMINISTRADA POR LOS PADRES**

Padece alguna enfermedad que necesite tratamiento o control médico periódico?

Si..... No..... Cuál?: .....

Fue internado alguna vez? Si..... No..... Por que?: .....

Tiene algún tipo de alergia? Si..... No..... A qué? .....

Describe sus manifestaciones.....

Recibe tratamiento permanente? Si..... No..... Cuál? .....

Fue intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si..... No..... De que? .....

Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física? Si.....No.....Cuál? .....

Recibe alguna medicación en forma habitual? Si..... No..... Cuál? .....

Calendario de vacunación al día? Si... No...ANTITETÁNICA? Si..... No..... FECHA: .....

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Marque si presenta antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías:

Diabetes.... Hipertensión Arterial.... Asma Bronquial.... Bronquitis Crónica... Patologías Cardíacas....Convulsiones.....

Otras.....

EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE ALTERE EL ESTADO DE SALUD DEL CHICO MENCIONADO EN ESTA FICHA SE DEBERÁ INFORMAR A LA INSTITUCIÓN A LA MAYOR BREVEDAD.

*CONTINÚA EN LA CONTRACARA*

SI EL CHICO/JOVEN TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EL CLUB, SE DEBERÁ:

Derivar a: ..... Institución: .....

Dirección de la Clínica: .....

AVISAR A: (por orden de prioridad)

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

Nombre y Apellido: ..... Tel: .....

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO.....  
EN..... A LOS ..... DÍAS DEL MES DE ..... DEL AÑO..... AUTORIZANDO POR LA  
PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÈDICOS.

.....  
Firma del Padre, Madre ò Tutor

.....  
Aclaración de la firma y N° del DNI del firmante

#### AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hijo..... DNI N°..... nacido el .... / ... / .... , siendo su  
domicilio real en ..... y su teléfono..... a participar de los entrenamientos,  
a viajar representando al CÌRCULO TROVADOR, en los deportes que mi hijo practica, como así también a concurrir a las  
salidas que organicen los Profesores y el Departamento Deportivo.

.....  
Firma del Padre, Madre ò Tutor

.....  
Aclaración de la firma y N° del DNI del firmante.

## CERTIFICADO DE APTO FÍSICO MÉDICO 2015

Por medio de la presente deixo constancia que el chico/joven.....

..... de..... años de edad, al examen clínico realizado...NO  
...presenta impedimento para realizar actividad física y deportiva acorde a su edad y sexo.

.....  
Fecha

.....  
Firma y Sello del Profesional Médico

EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO DEBE REALIZARSE CON FECHA DEL AÑO 2015 AL QUE EL  
CHICO/JOVEN VA A INGRESAR A LA PRÁCTICA DEPORTIVA, DE LO CONTRARIO NO TENDRÀ VALIDEZ.