

FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELAS DEPORTIVAS 2025

Planilla N°: _____ Fecha:/...../.....

DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ DNI N°: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Nacionalidad: _____

Teléfono en caso de Emergencia: _____

(EN CASO DE SER MENOR DE EDAD)

DATOS PERSONALES DEL PADRE

Apellidos y Nombres: _____

Domicilio: _____

N° de teléfono fijo: _____ N° de celular: _____

N° de teléfono laboral: _____ N° de tel. alternativo: _____

Ciudad: _____ Nacionalidad: _____

E-mail: _____

DATOS PERSONALES DE LA MADRE

Apellidos y Nombres: _____

Domicilio: _____

N° de teléfono fijo: _____ N° de celular: _____

N° de teléfono laboral: _____ N° de tel. alternativo: _____

Ciudad: _____ Nacionalidad: _____

E-mail: _____

Deporte 1: _____ Día y Horario: _____ Lugar: _____

Deporte 2: _____ Día y Horario: _____ Lugar: _____

Deporte 3: _____ Día y Horario: _____ Lugar: _____

PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE RECIBIÓ LA PLANILLA: _____

ANEXAR COPIA DE DNI

FICHA MÉDICA

EN CASO DE SER MAYOR DE 50 AÑOS LA PRESENTE FICHA DEBERÁ SER COMPLETADA POR UN MEDICO O ANEXAR CERTIFICADO DE APTO FÍSICO.

Apellidos y Nombres:

Grupo sanguíneo y factor:

ANTECEDENTES PERSONALES

(Completar por padre/madre/tutor legal o por participante mayor de edad, marque lo que corresponda)

Problemas cardíacos: Sí No ¿Cuál?

Obesidad: Sí No

Asma bronquial: Sí No

Pérdida de la conciencia: Sí No

Convulsiones: Sí No

Traumatismos: Sí No ¿Cuál?

Diabetes: Sí No

Intervenciones quirúrgicas: Sí No ¿Cuál/es?

Sonambulismo: Sí No

Afecciones: Ojos Sí No Nariz Sí No Oídos Sí No

Enfermedades que padece o padeció:

En relación con el ejercicio (durante o después) ha padecido alguna vez:

Desmayos: Sí No

Mareos: Sí No

Dolor fuerte en el pecho: Sí No

Palpitaciones: Sí No

Dificultades para respirar durante y después del ejercicio: Sí No

Fracturas, luxaciones o lesiones ligamentales: Sí No ¿Cuál/es?

Enfermedades infecciosas en los últimos dos meses: Sí No ¿Cuál?

Alergias: Sí No ¿Cuál/es?

Alergias a algún medicamento: Sí No ¿Cuál?

Tos crónica: Sí No

Problemas de piel: Sí No ¿Cuál?

Medicación habitual: Sí No ¿Cuál/es?

Vacunación completa: Sí No

¿Tiene alguna dificultad motriz? Sí No

¿Puede realizar deportes? Sí No

Por la presente afirmo que, dentro de mi conocimiento y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces

**FIRMA PARTICIPANTE
MAYOR DE EDAD**

ACLARACIÓN

DNI

PADRE/MADRE/TUTOR

Otra Observación:

LA SIGUIENTE FICHA MÉDICA TENDRÁ VALIDEZ UNA VEZ ENTREGADO Y FIRMADO EL DESLINDE DE RESPONSABILIDAD Y LA DECLARACIÓN JURADA. LA MISMA SE DEBERÁ ENTREGAR IMPRESA A LA COORDINACIÓN DE DEPORTES ANTES DEL PRIMER DÍA DE CLASES SIN EXCEPCIONES.

AUTORIZACIÓN MENORES DE EDAD

Yo, padre/madre/tutor/a..... DNI:.....

autorizo a mi hijo/a..... DNI:.....

a participar de las actividades de las Escuelas Deportivas de la Municipalidad de Aluminé, de lunes a viernes en los horarios específicos a cada grupo. Autorizo en caso de necesidad y urgencia a atender a mi hijo/a por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones y/o eventualmente el traslado al centro asistencial, Sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Me comprometo a que mi hijo/a no lleve a las clases elementos no permitidos por los profesores y autorizo en caso contrario que se los retire por su seguridad.

Los docentes a cargo no serán responsables de la pérdida o extravío de los objetos o elementos de valor que los mismos puedan llevar.

PADRE/MADRE/TUTOR

ACLARACIÓN

DNI

Fecha:.....



DECLARACIÓN JURADA Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Declaro bajo juramento que he leído y recibido información e instrucción relativa a la actividad/deporte.....que practicaré ende la ciudad de Alumine durante todo el año, y que me encuentro rigurosa y completamente informado/a respecto de todas las actividades señaladas en esta declaración.

Declaro conocer y entender el alcance, naturaleza y extensión de los riesgos involucrados en la realización de la actividad que practico y actividades relacionadas, es por ello que acepto libre y voluntariamente todos los riesgos asociados a las actividades mencionadas asumiendo plenamente la responsabilidad por cualquier daño que pudiese ocurrir en el desarrollo de la misma.

Declaro que se han puesto en mi conocimiento y comparto las medidas de seguridad que ha adoptado la Coordinación de Deportes de la Municipalidad de Alumine a fin de prevenir los riesgos e infortunios que pudieran producirse a causa del desarrollo de la presente actividad, como así también el alcance del seguro que cubre la actividad.

Declaro bajo juramento estar físicamente apto para participar de las presentes actividades y no padecer afecciones que me impidan la realización de las mismas.

Asumo en forma personal y exclusiva las consecuencias dañosas que pudiere sufrir en forma personal y/o en mis bienes, así como las que pudiera causarle a terceros y/o sus bienes.

Autorizo a la Municipalidad de Alumine a utilizar, reproducir, editar, distribuir y/o publicar fotografías, videos, grabaciones y/o cualquier otro medio de registro de mi persona para su utilización con fines de divulgación de la actividad durante la emisión de publicidad institucional, sin compensación económica alguna a su favor nia favor tercero alguno.

El/la participante que no haya alcanzado los dieciocho (18) años de edad, deberá presentar esta autorización firmada por el Padre, Madre, Tutor o encargado, quien al suscribirlo/a declara bajo juramento que el/la menor autorizado/a cumple con las condiciones físicas y de salud referidas previamente, asumiendo todas las responsabilidades y eximiendo a la Municipalidad de Alumine en los mismos términos y con los mismos alcances establecidos en los parámetros precedentes.

En mi carácter de padre, madre, tutor/a de

..... DNI:.....autorizo su participación en la actividad de

La información y documentación suministrada por cada participante o su representante legal reviste el carácter de declaración jurada. –

A los.....días del mes de.....del año 2025.

_____	_____	_____
FIRMA DEL ALUMNO/A	ACLARACIÓN	DNI
_____	_____	_____
FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR	ACLARACIÓN	DNI