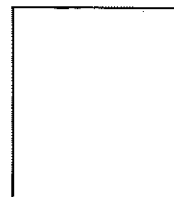


INSTITUTO NAYARITA DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE
PROGRAMA DE ESCUELAS DEPORTIVAS
DEPORTE: _____



FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nombre: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Tel: _____
Grado de Estudios: _____ Ocupación: _____
Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____ Tel. móvil: _____
Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____ Tel. móvil: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ATLETA

Peso: _____ Sexo: _____ Estatura: _____

Enfermedades padecidas

Fracturas

Operaciones

¿Hay alguna causa que le provoque alergia?

SI: _____ NO: _____ CUAL: _____

¿Sufre de algún padecimiento cardíaco?

SI: _____ NO: _____ CUAL: _____

¿Le sube o baja la presión?

SI: _____ NO: _____

¿Es asmático?

SI: _____ NO: _____

Grupo sanguíneo y RH: _____

Padecimientos actuales: _____

¿Otras condiciones? (Aparatos de ortodoncia, lentes de contacto, etc.).

SI: _____ NO: _____ CUAL: _____

No. de Afiliación al IMSS, ISSSTE, o cualquier tipo de Seguridad Social: _____

Datos de la Clínica de adscripción: _____

Médico de cabecera: _____

Autorizo a mi hijo a que practique este deporte, conciente de los riesgos que conlleva la práctica y competencia de esta disciplina deportiva, además he leído el reglamento que rige este programa de Escuelas Deportivas y estoy de acuerdo en sus términos.

FIRMA DEL ALUMNO

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

Mensualidad de \$ _____ Tepic, Nayarit, a _____ de _____ del 20_____

