

## FICHA DE INSCRIPCIÓN DEPORTE, RECREACIÓN Y CULTURA

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Apellido completos: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ F. Nac: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono ante emergencias: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_

Cobertura Médica: SI / NO ¿Cuál? \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

- ¿Es persona con discapacidad? SI NO
- ¿Necesita algún tipo de apoyo para desenvolverse en las actividades? ¿Cuales?

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

LENGUA DE SEÑAS

ESPACIO DISTENDIDO

SUBTITULADO

LECTURA FACIL

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

BRILLE

AUDIO DESCRIPCION

OTROS. \_\_\_\_\_

- ¿Ha realizado con anterioridad actividades culturales, recreativas y/o deportivas? ¿Dónde? ¿Cuáles? ¿Con apoyos?

### DECLARACION DE APTITUD FISICA

(MARCAR CON UNA X SI PRESENTA ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES. EN CASO DE MARCAR CON X EN ALGUNA OPCIÓN, PORFAVOR ACLARAR O AMPLIAR INFORMACIÓN AL DORSO DE LA PÁGINA)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ENFERMEDAD MUSCULAR

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

ASMA

CONVULSIONES-EPILEPSIAS

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ENFERMEDAD RESPIRATORIA

DIABETES

ALERGIAS

HIPERTENSIÓN

¿TOMA MEDICACION? ¿CUAL? \_\_\_\_\_

OTROS:

DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE LAS RESPUESTAS DADAS AL PRESENTE FORMULARIO

FIRMA Y ACLARACIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN DE REPRESENTANTE  
(EN CASO DE CORRESPONDER)