|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES DEL JUGADOR**  **NOMBRE Y APELLIDO:………………………………………………………………………………………………………. DNI:…………………………………………………………………………………………………………………………………. FECHA DE NACIMIENTO:………………………………………………………………………………………………….. DOMICILIO:……………………………………………………. PISO………………… DEPTO.………………………… NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR:……………………………………………………………………………… TELÉFONO FIJO:……………………………………… CELULAR…………………………………………………………. ¿TIENE OBRA SOCIAL?............................. ….. ¿CUÁL?....................................................... GRUPO SANGUÍNEO:………………………………………………………………………………………………………..** |

**Ficha Club social y deportivo 2 de Mayo**

**COMPLETAR POR PADRE/MADRE O TUTOR**

* ¿Existe alguna causa por la cual su médico le indicó que no participara o limitara su participación en actividades deportivas?

SI ( ) No ( ) Especifique……………………………………………………………….

* ¿Toma algún medicamento especificado por su médico?

SI ( ) No ( ) Especifique……………………………………………………………….

* ¿Tuvo alguna lesión en el último tiempo? (desgarros, luxaciones, esguinces, etc)

SI ( ) No ( ) Especifique……………………………………………………………….

* ¿Tuvo alguna vez pérdida de conocimiento durante o poco tiempo después (menos 1 hora) del ejercicio?

SI ( ) No ( ) Especifique……………………………………………………………….

* ¿Tuvo o tiene algún dolor en el pecho mientras realiza ejercicio?

SI ( ) No ( ) Especifique……………………………………………………………….

* ¿Le falta o ha faltado el aire haciendo ejercicios?

SI ( ) No ( )

* ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en el último tiempo?

SI ( ) No ( ) Especifique……………………………………………………………….

* ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

Hipertensión arterial ( ) Anemia ( ) Artritis ( ) Diabetes ( ) Epilepsia ( ) Colesterol alto ( ) Soplo cardíaco ( )

Otro ( ) ¿Cuál? …….………………………………………………………………………………….

* ¿Tiene algún tipo de alergia?

Medicamentos ( ) Alimentos ( ) Insectos ( ) Ninguna ( )

* ¿Tuvo o tiene asma?

SI ( ) No ( ) ESPECIFIQUE SI TOMA ALGÚN MEDICAMENTO…………………...

* ¿Tiene médico de cabecera?

SI ( ) No ( )

* ¿Lo visitan con frecuencia?

SI ( ) No ( )

* ¿Se realiza chequeo médicos con frecuencia?

SI ( ) No ( ) ¿CADA CUANTO?………………………………………………….…

* ¿Alguna consideración que quiera exponer?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| DECLARO QUE LOS DATOS DADOS EN LA PRESENTE FICHA DEL JUGADOR TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE AJUSTAN A LA REALIDAD. ME COMPROMETO A MANTENER ACTUALIZADOS EN CASO DE VARIAR ALGUNO DE ELLOS. EN CASO DE OMITIR ALGÚN DATO Y/O ENFERMEDAD, DESLINDO DE RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN Y A LAS PERSONAS QUE LA REPRESENTAN.  FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR:………………………………………………………………………. ACLARACIÓN:……………………………………………………………………………………………………. DNI:…………………………………………………………………………………………………………………… FECHA:………………………………………………………………………………………………………………. |

Desde el Club Social y Deportivo 2 de Mayo les agradecemos los minutos brindados para completarnos estos datos. Queremos seguir otorgándoles un espacio sano y confortable a sus hijos. Recomendamos que habitualmente hagan controles médicos para que sus hijos y nosotros como profesores estemos tranquilos a la hora de realizar la práctica deportiva.  
  
 Desde ya muchas gracias  
 Comisión Directiva - Club Social y Deportivo 2 de Mayo