

# REGISTRO JUGADORES LIGA REGIONAL PAIVENSE DE FUTBOL.

FICHA DE INSCRIPCION N° ..... fecha ...../...../.....

Lugar y fecha: .....

## Datos Personales:

Apellido y nombres: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: ..... DNI .....

Domicilio: ..... Localidad: ..... C.P: .....

Tel: ..... Tel. cel: madre/padre: .....

Grupo sanguíneo: ..... Factor RH: .....

CLUB DONDE SE INSCRIBE EL JUGADOR Y LOCALIDAD: .....

## Datos del tutor-padre-madre:

Apellido y nombre: ..... DNI: .....

Domicilio: .....

Tel. Particular: ..... Cel: .....

Dirección de correo electrónico: .....

.....  
Firma tutor

.....  
Aclaración

.....  
Firma jugador

# LIGA REGIONAL PAIVENSE DE FUTBOL

Lugar y fecha: .....

## Datos Personales:

Apellido y nombres: .....

Fecha de nacimiento: ..... Edad: ..... DNI .....

Grupo sanguíneo: ..... Factor RH: .....

## Antecedentes de enfermedad

¿Tenes alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento y control medico?

NO ..... SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ¿Cuál? .....

¿Ha sido operado? NO .... SI ..... ¿De que?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? NO ..... SI .....

En caso afirmativo describa sus manifestaciones: .....

La alergia se debe a: .....

**Tratamientos**

¿Recibe tratamiento medico? NO ..... SI ..... Especifique: .....  
¿Psicológico? NO ..... SI ..... Motivo: .....  
¿Presenta alguna limitación física? NO..... SI.....  
Otros problemas de salud

**Enfermedades que ha padecido**

.....  
.....

**Antecedentes de lesiones**

¿Traumatismo de cráneo? ..... Politraumatismos; .....  
Fractura de algun miembro ..... ¿Cuál? .....  
¿Fue tratado con yeso o fue operado? ..... ¿Esguince o Luxaciones? .....  
¿Dolores frecuentes en las rodillas? ..... ¿En los tobillos? ..... ¿En los hombros? .....  
¿En las manos? ..... ¿En la espalda o cintura? ..... ¿En otras articulaciones? .....  
¿Cuál? ..... ¿Tiene pie plano? .....

**Si su hijo/a tiene algún problema de salud o emergencia**

**Avisar a familiar:** Apellido y nombres: .....  
Dirección: ..... Tel: .....

**Obra Social / Medicina Prepaga**

NO ..... SI ..... ¿Cuál? .....

**Observaciones**

.....

El que suscribe declara que los datos que ha suministrado son reales sin omitir y falsear información acerca de la salud y/o cuidados especiales que pudiera necesitar su hijo/a, comprometiéndose a informar cualquier novedad que surgiera durante el transcurso del año; y toma conocimiento y autoriza para que su hijo/a realice actividad física en las, o representando al club en un torneo o encuentro.

-----  
Aclaración

-----  
Firma del padre, madre o tutor

**CERTIFICO QUE .....  
DNI ..... ESTA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS Y  
DEPORTIVAS DE ALTA EXIGENCIA, SIN PRESENTAR DEFICIENCIAS QUE IMPLIQUEN  
RIESGO DE MUERTE.**

-----  
**Firma y sello del médico**