



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido y Nombres

Año de inscripción

Lugar y fecha de nacimiento

DNI, LCOLE

Calle

Piso

Depto

Ciudad

Código Postal

Teléfono

E-mail

Celular

Carrera

Actividad/deporte

Documentación presentada

SÍ

NO

Ficha médica

Foto

Fotocopia de DNI

Firma _____



INFORMACIÓN

Sres. Alumnos y Padres:

La práctica deportiva, sea esta social, recreativa amateur, profesional de mediano o alto rendimiento Implica la posibilidad de estar expuestos a sufrir lesiones, enfermedades y poner en riesgo la vida.

Realizar dichas actividades deportivas de manera segura requiere el compromiso y la responsabilidad compartida entre los organizadores y atletas, quienes asumen el compromiso de seguir los pasos inherentes a reducir efectivamente el riesgo durante su práctica. El consentimiento informado es una recomendación o sugerencia y se sustenta en la obligatoriedad de informar con veracidad las condiciones de la práctica deportiva y el riesgo que ello implica, esto lleva al reconocimiento del alumno para aceptar o denegar su permiso para llevar a cabo las acciones sugeridas y propuestas. La actividad deportiva aparece como una actividad beneficiosa desde el punto de vista organizativo, fortalece la relación entre los organizadores y alumnos, mejora o al menos no empeora los resultados por obtener, al hacer consciente al atleta de los riesgos de la actividad deportiva.

Las recomendaciones y sugerencias por parte del área de Deportes

- **Examen médico:** Su salud debe ser evaluada por personal médico calificado. Este examen debe determinar si el alumno esta medicamente apto para desarrollar la actividad. Recordamos que el examen y control médico es obligatorio para acceder a las actividades, caso contrario no se le permitirá al alumno participar de las mismas.

- **Preparación pre-competencia:** El deportista debe estar protegido de la exposición rigurosa y el riesgo de la práctica deportiva, la preparación pre-competencia debe proporcionarle al atleta un estado físico óptimo.

- **Planificación | Supervisión:** La seguridad de la competencia puede ser lograda solo con una apropiada planificación y supervisión de la práctica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÁCTICA DEPORTIVA

Quien suscribe, entiendo que el deporte que practico implica la posibilidad de sufrir lesiones, enfermedades según fui informado en detalle por parte de los organizadores de la actividad.

- Estoy de acuerdo con las recomendaciones y sugerencias arriba descriptas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante la actividad y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarla para reducir todo riesgo al minimo posible.

- Confió en que los profesores a cargo de las actividades tomaran las precauciones para el desarrollo de una práctica deportiva segura.

Datos del solicitante

Apellido y Nombres

N° DNI

Firma _____

Para menores de 18 años

Datos de la madre

Apellido y Nombres

N° DNI

Firma _____

Datos de la padre

Apellido y Nombres

N° DNI

Firma _____



FICHA MÉDICA

Disciplina

Apellido y nombres

Documento	Sexo		Nacimiento		
Número	F	M	D	M	A

Antecedentes personales	SÍ	NO
Nació de parto natural		
Detallar		

Vacunaciones		
B.C.G.		
Triple		
Antisarampionosa		
Doble		
Refuerzo antitetánica		

Enfermedades de la infancia		
Sarampión		
Varicela		
Rubeola		
Escarlatina		
Coqueluche (tos convulsa)		
Parotiditis (paperas)		
Otras:		

Diabetes		
Tipo y medicación		
Hepatitis		
Tipo		

Asma o Enfermedades Alérgicas	SÍ	NO
Detallar:		

Traumatismo de cráneo	SÍ	NO
Con pérdida de conocimiento		

Fracturas	SÍ	NO
Detallar:		

Epilepsia o Dirritmia	SÍ	NO
Detallar:		

Intervenciones quirúrgicas	SÍ	NO
Detallar:		

Lesiones deportivas	SÍ	NO
Detallar:		

Medicación de uso habitual y causa	SÍ	NO
Detallar:		

A llenar por el médico

Exámen físico				
Peso	Talla	G. Sanguíneo	Factor RH	

Aparato respiratorio	

Aparato cardiocirculatorio			
TA		FC	
Obs:			

Auscultación		
Silencios libres		
Pulsos periféricos presentes y simétricos		



FICHA MÉDICA

Aparato digestivo

Osteoarticular

Postura:
Pie (plano, Cavo, talo, Vago)
Columna:
Otras:

Exámen oftalmológico

Usa anteojos		
Otros datos a consignar:		

Hernias

--

Dermopatías

--

Exámen bicodental

Faltan piezas dentales		
Caries		

Nota

En caso de observar algún dato positivo resultante de la revisión clínica, que no figure en la planilla, describir a continuación.

El paciente se encuentra clínicamente apto para desarrollar actividad física y deportiva acorde a su edad, sexo y contestura física

Datos del solicitante

Apellido y nombres

Firma

Datos del médico

Apellido y nombres

Firma, sello y matrícula

Observaciones

Lugar

Fecha