



N° Socio: _____



ESCUELITA DE HOCKEY
Ficha de Inscripción / Ficha Médica

NOMBRE Y APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DIVISIÓN: _____

Jugo el año pasado en la escolita:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Algún familiar es socio, favor indicar nombre y/o parentesco. _____

Padre Madre Hermanos Abuelos Tíos Otros

ENFERMEDADES ANTERIORES O ACTUALES									
Enfermedades pulmonares	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Resfriados frecuentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Asma – Bronquitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Knock – outs	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Anginas – Sinusitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Otitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Ictericia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Infecciones Genitales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Nefritis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Intolerancia medicamentosa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Alergias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Intolerancia a viajar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Otras				
Intolerancia al calor	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>					
TRAUMATISMOS Y OPERACIONES									
FRACTURAS:									
ESGUINCES / LUXACIONES									
DESGARRAMIENTOS:									
OPERACIONES QUE SEA NECESARIO CONOCER PARA LA ACTIVIDAD DEPORTIVA:									

APTITUD MÉDICA

Certifico que la Srta. _____ DNI. _____ es apta para la práctica de Hockey y la realización de todas las actividades relacionadas con tal participación.

Fecha: _____

Firma y Sello del médico: _____

Nota: En caso de accidentes, el C.A.S.I. tiene contrato con un servicio de Emergencia Médica y se realizará el traslado al Hospital de la zona.

ASISTENCIA MEDICA de URGENCIA

Por la presente autorizo al Médico de vuestra Institución a realizar la asistencia médica de urgencia que fuera necesaria.

TRASLADOS

Autorizo a mi hijo a realizar viajes de corta y larga distancia, tanto en días de entrenamiento como así también durante el fin de semana.

CON SU FIRMA AUTORIZA A SU HIJA A PARTICIPAR EN PARTIDOS DE LOCAL Y/O VISITANTE.

FIRMA PADRE/TUTOR

FIRMA MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

DNI

DNI

INFORMACION GENERAL

Domicilio: Calle: _____ N° _____

Piso: _____ Dpto. _____ Localidad _____ C.P.: _____

Teléfono Particular _____ Celular _____

Nombre y Apellido del Padre: _____

TE Oficina _____

TE Celular _____

Nombre y Apellido de la Madre: _____

TE Oficina _____

TE Celular _____

Obra Social: _____ N° de Socio _____

E-mail: _____

Todas las comunicaciones de las actividades las realizaremos vía el mail indicado en este formulario o a través de la web del club www.casi.org.ar