
 

**Formulario de Inscripción
Personas Mayores 2025**

| DATOS PERSONALES |
| --- |
| NOMBRE Y APELLIDO |  |
| DNI |  |
| EDAD |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| TELÉFONO |  |
| DIRECCIÓN |  |
| LOCALIDAD |  |
| DATOS DE CONTACTO Y PRESTACION MEDICA |
| NOMBRE COMPLETO DE CONTACTO |  |
| TELÉFONO |  |
| FACTOR SANGUÍNEO |  |
| PRESTACIÓN MÉDICA |  |
| N° DE AFILIADO |  |

**INFORMACIÓN DE SALUD**

| **Tiene algún tipo de enfermedad que necesite tratamiento** **Permanente?**

| **si** | **no** |
| --- | --- |

 |
| --- | --- | --- |
| **Cuál?** |
| **¿Tiene algún tipo de alergia?**

| **si** | **no** |
| --- | --- |

 |
| **La alergia se debe a?** |
| **Se manifiesta …** |
| **¿Realiza convulsiones a causa de alguna enfermedad?**

| **si** | **no** |
| --- | --- |

 |
| **Cuál?** |
| **¿Toma medicamentos de forma permanente?**

| **si** | **no** |
| --- | --- |

 |
| **Cuál?** |
| **¿Sufre patologías cardiacas o respiratorias?**

| **si** | **no** |
| --- | --- |

 |
| **Cuál?** |
| **¿Otros problemas de salud?**

| **si** | **no** |
| --- | --- |

 |
| **Cuál?** |
| DATOS DEPORTIVOS |
| **¿Realiza alguna actividad física?** |
|  |

En mi carácter de participante de las actividades organizadas por la Dirección de Deportes y Recreación, declaro estar plenamente capacitado/a y en óptimas condiciones de salud para participar de sus clases, entrenamientos, partidos, encuentros y torneos dentro o fuera del predio de la Universidad Nacional de José Clemente Paz, por lo cual libero a la Institución, autoridades, organizadores y docentes de cualquier responsabilidad en caso de ocurrir un problema o lesión antes, durante o después de la actividades nombradas. Asimismo, me comprometo a presentar un apto físico para la práctica de deportes expedido por un médico con carácter previo al inicio de las actividades.
Declaro que todos los datos consignados en esta planilla son verídicos y me responsabilizo a actualizar la información en el caso de ser necesario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FECHA FIRMA