 

**Requisitos para la Inscripción a Deportes**

* Completar la planilla con letra clara.
* Enviar por correo electrónico: **deporte@unpaz.edu.ar**
* DNI digitalizado (puede ser una foto con ambos lados).
* Certificado de aptitud Física.
* Declaración Jurada de Inscripción (Descargar de la página oficial UNPAZ)

**Dirección de Deporte y Recreación**

**Formulario de Inscripción**

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| NOMBRE Y APELLIDO |  |
| DNI |  |
| EDAD |  |
| FECHA DE NACIMIENTO |  |
| TELEFONO |  |
| MAIL |  |
| DIRECCION |  |
| LOCALIDAD |  |
| C.P. |  |
| DATOS INSTITUCIONALES |
| CARRERA DE GRADUACION / ÁREA DE TRABAJO / COMUNIDAD |  |
| DEPORTE |  |

**INFORMACION DE SALUD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

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

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

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