



**ASOCIACIÓN DEPORTIVA MARISTAS CHAMPAGNAT
CAURIMARE - CARACAS
DIRECCIÓN DE DEPORTE**

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

☐

Dos días a la semana

☐

Tres días a la semana

☐

Cuatro días a la semana

☐

Cinco días a la semana

Datos del participante

DEPORTE: _____

Nombres: _____

Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Grado/ Año _____ Sección _____ Cédula de Identidad _____ o N° P. Nacimiento _____

Datos Médicos

1.- Su hijo o representado se encuentra en tratamiento médico: SÍ ☐ NO ☐

Indique el tipo de tratamiento _____

2.- Tiene algún medicamento contraindicado: SÍ ☐ NO ☐

Indique el tipo de medicamento _____

3.- Seguro personal (IMPRESINDIBLE): _____

Titular de la póliza

Cédula de identidad

Aseguradora

Número de póliza

Fecha de vencimiento

4.- En caso de emergencia llamar a: _____

Teléfono 1

Teléfono 2

Teléfono 3

Nombre

Nombre

Nombre

Datos de los Padres o Representantes:

Nombre del Padre: _____

Cédula de Identidad _____

Teléfono celular _____

casa _____

Nombre de la Madre: _____

Cédula de identidad _____

Teléfono celular _____

casa _____

Dirección _____

5.- Correos electrónicos: Madre: _____ Padre: _____

6.- Persona autorizada a retirar al alumno de la actividad:

Nombre:	Parentesco	Cédula Identidad	Teléfono celular
---------	------------	------------------	------------------

7.- Recaudos entregados: - Fotos tamaño carnet ☐ - Copia de la Póliza de seguro Personal ☐
- Copia Documento identidad ☐ - Hoja de Autorizaciones ☐

NO SE ACEPTAN INSCRIPCIONES SIN LOS RECAUDOS COMPLETOS REQUERIDOS

NOTA IMPORTANTE: sí su hijo o representado tiene alguna dolencia, tratamiento, alergia, etc., que lo limite en sus actividades o de la que los entrenadores deban estar pendientes, por favor, indíquelo en la parte de observaciones.

OBSERVACIONES MÉDICAS:

AUTORIZACIÓN:

Nosotros: _____ y _____
Nombre de la madre Nombre del padre

Autorizamos a nuestro Hijo o Representado:

1. Participe en todas las actividades de su disciplina deportiva
2. Participe las competencias tanto dentro como fuera del colegio
3. Reciba la atención preventiva de salud
4. Sea atendido en un centro médico en caso de emergencia y reciba tratamiento
5. Estamos consientes que ni la Asociación Deportiva, ni la propia institución es decir el Colegio Champagnat , son responsables por lesiones o accidentes en el ejercicios del deporte, que puedan tener los atletas inscritos, estas lesiones deben ser atendidas con el seguro que tenemos de nuestro representado.

_____	_____
Fecha	Firma de los padres o representantes