

**ESCUELA DEPORTIVA INDERBU 2.018****FICHA DE INSCRIPCION N°** **Fecha** inderbu
Instituto de la Juventud el Deporte y
la Recreación de BucaramangaDeporte: Grupo: Entrenador: **Nombres y Apellidos del Alumno**Lugar y fecha de Nacimiento

Documento de Identidad

REG. T.I. Dirección y Barrio Teléfono fijo Celular E-mail **FOTO 3 X 4**El niño o Joven ha estado en otra Escuela: **SI** **NO** Cual: **Información Educativa**Jornada de Estudio Grado de Estudio Nombre de la Institución **Información Familiar**Nombre del Padre Tel. Celular Nombre de la Madre Tel. Celular **Información Médica: ENTIDAD:**Tipo de sangre N° de Carnet Peso Estatura **Antecedentes de Vacunación***(Marque con una X las vacunas que tiene)*D. P. T. HEPATITIS A RUBEOLA VARICELA SARAMPION POLIO HEPATITIS B OTRAS **Antecedentes de Enfermedades***(Marque con una X las enfermedades aue ha padecido o padece)*ASMA BRONQUITIS RUBEOLA VARICELA SARAMPION DIABETES HEPATITIS EPITAXIS COLECISTITIS ANGINAS POLIOMELITIS OTITIS EPILEPSIA CONVULSIONES ENF. URINARIA ALERGIAS OTRA **Antecedentes de Alérgicos***(Marque con una X los antecedentes alérgicos que ha padecido o padece)*MEDICAMENTOS ALIMENTOS PENICILINA OTROS **Antecedentes Operatorios***(Marque con una X los antecedentes operatorios que ha padecido)*AMIGDALAS APENDICITIS HERNIAS OTROS **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____ identificado como aparece al pie de mi firma y en calidad de Padre de familia o acudiente ACEPTO la vinculación y participación del niño(a) inscrito en el presente formulario; bajo los lineamientos y reglamentación de las ESCUELAS DEPORTIVAS DEL INDERBU, autorizando el uso de fotografías e información para la divulgación del programa.

Igualmente manifiesto el conocimiento sobre los diferentes riesgos que existen en la práctica de actividades lúdicas y deportivas tales como lesiones físicas y traumatismos entre otras, durante las clases de formación del programa ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DEL INDERBU, por tal razón, entiendo la importancia de cumplir con mi compromiso de tener vigente la seguridad social e informar oportunamente al docente de alguna condición de salud particular que pueda presentar mi representado durante su asistencia al programa o algún tipo de restricción médica que haya sido ordenado por el profesional tratante.

Mayor Información: (GRUPO FACEBOOK: INDERBU)

Tel. Fijo 6323935

Teléfonos Padre de Familia o Acudiente**Documentos Soportes Anexos**Fotocopia E.P.S. Fotocopia Doc. de ident. Certificado Médico: 1 Foto **Firma Padre de Familia o Acudiente**

C.C. _____