

ORIGINAL

FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA ADULTOS

FECHA/...../20.....



PROGRAMA ACTIVIDAD
 SEDE HORARIO
 PROFESOR/ES

- PRIMERA INFANCIA 6 meses a 3 años
 NIÑOS 4 a 12 años
 ADOLESCENTES 13 a 18 años
 JÓVENES 19 a 31 años
 ADULTOS 31 a 60 años
 ADULTOS MAYORES +65 años

NOMBRE DNI
 APELLIDO FECHA DE NACIMIENTO/...../..... EDAD
 DOMICILIO..... C.P..... BARRIO
 PISO DPTO LOCALIDAD/PROVINCIA
 TELEFONO CELULAR TEL. EMERGENCIA
 MAIL NACIONALIDAD GÉNERO
 PESO ESTATURA GRUPO SANGUÍNEO
 COBERTURA MÉDICA N° DE AFILIADO
 TEL DE COBERTURA EN CASO DE EMERGENCIA

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- 1 ¿Presenta alguna enfermedad crónica? SI NO
 Diabetes Hipertensión Arterial Hipotensión Arterial Colesterol Alto Artrosis
 Osteoporosis Dolor de pecho, palpitaciones, falta de aire Cáncer Hipotiroidismo
 Enfermedades del corazón ¿Cuál?.....
 2 ¿Posee antecedentes de internación, cirugía o fracturas? SI NO
 ¿Cuál? ¿Cuándo?
 3 ¿Presenta algún tipo de alergia ? (ej. medicación – polvo) SI NO ¿Cuál?.....
 4 ¿Posee antecedentes de dolor de cabeza crónico, convulsiones? SI NO
 5 ¿Posee antecedentes de agotamiento o desmayos por calor? SI NO
 6 ¿Toma alguna medicación? SI NO ¿Cuáles?
 7 ¿Posee problemas de piernas, pies, hombros, manos? SI NO
 8 ¿Fuma? SI NO ¿Fumó alguna vez? SI NO ¿Desde qué edad?..... ¿Cuántos cigarrillos por día?.....
 9 Algún familiar directo (padre, madre y/o hermanos) padece o padeció diabetes, colesterol alto, hipertensión arterial o problemas cardíacos? SI NO ¿Cuál?
 10 ¿Realiza actividad física? SI NO ¿Cuántas veces por semana? ¿Dónde?.....

Solicitamos agregue la información que considere importante y haya sido omitida en la confección de esta planilla

Declaro bajo juramento que no poseo patología ni impedimento alguno para la presente práctica deportiva asumiendo cualquier riesgo que pudiera acontecer y deslindando de responsabilidad en consecuencia al profesor a cargo y a las Subsecretaría de Deportes y al GCBA. Asimismo, me comprometo que en el transcurso de los siguientes días presentaré el apto físico correspondiente. La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir y/o los bienes como consecuencia de la participación en el programa mencionado incluso caso fortuito o fuerza mayor.

Declaro conocer y aceptar los términos de inscripción a las actividades deportivas del programa brindado por la Dirección General de Deporte Social y Desarrollo Deportivo dependiente de la Subsecretaría de Deportes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como así también presto consentimiento a que el GCBA publique imágenes que obtenga en el marco de las actividades deportivas del programa con el objeto de ser reproducido y/o publicado exclusivamente con la finalidad de promover las actividades físicas, deportivas, recreativas, sociales y culturales, y fomentar los hábitos saludables, la equidad e inclusión social conforme el art. 53 del CCyCN. Toda la información que el usuario ingrese voluntariamente durante la inscripción estará bajo las normas de confidencialidad según ley n° 25.326 y disposiciones complementarias.

.....
 FIRMA

.....
 ALARACION

.....
 DNI



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
"2020. Año del General Manuel Belgrano"

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Buenos Aires,

Referencia: Formularios de Inscripción - Programa Plazas Activas

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.