



CLUB COMUNICACIONES

FICHA MÉDICA PARA MENORES DE 18 AÑOS

Apellido y nombre:.....Nº Socio.....

D.N.I.:..... Edad:..... Deporte.....

Domicilio:.....Localidad.....

Código Postal:.....Teléfono.....

Teléfonos en caso de emergencia:.....

Obra Social.....Teléfono.....

APTO MÉDICO para ser completado por médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:

Aparato respiratorio:.....

Auscultación cardíaca.....

Tensión Arterial.....

Pulsos periféricos.....

E.C. G.

Ecocardiograma (Desde los 14 años)

Grupo Sanguíneo.....Factor:.....

Antecedentes importantes – Enfermedades de la niñez:.....

CONCLUSIÓN MÉDICA

Según los estudios y la evaluación clínica realizada, se establece que el/la deportista.....

.....**APTO/NO APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD**

FÍSICA DE: a) Deporte de competencia b) Actividades recreativas, ACORDE A SU EDAD

Y SEXO.

Fecha

Firma y sello del Médico

CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hijo/a.....

D.N.I.....,a integrar el equipo representativo del Club.....

tanto para desempeñarse como jugador/a titular y/o suplente y a realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

Firma padre /madre o tutor

Fecha:.....

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

D.N.I.:.....