

# INSCRIPCIÓN CAMPUS DE FÚTBOL VERANO 24/25



**Vélez Sarsfield**  
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

CATEGORÍA	PRACTICA EL DEPORTE. ¿DÓNDE?

DATOS DEL PARTICIPANTE	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	DOMICILIO

PERIODO QUE ASISTE: **DICIEMBRE | ENERO | FEBRERO**

¿Estudia en el Instituto Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield? **SÍ - NO**

¿Participa de la actividad de Fútbol Formativo-Recreativo y/o Ligas Competitivas? **SÍ - NO**

¿Asiste a la Colonia en Turno Tarde? **SÍ - NO**

¿Almuerza en el Club? **SÍ - NO**

¿Participó en CAMPUS DE FÚTBOL anteriores? **SÍ - NO**

DATOS PADRES	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRARLO			
NOMBRE Y APELLIDO	DNI	PARENTESCO/RELACIÓN	TEL

Declaro que los datos consignados con anterioridad son fidedignos, AUTORIZANDO a mi hija/o a concurrir al Campus de Fútbol Verano 24/25 y a disponer de las imágenes obtenidas tanto en material filmico como fotográfico durante la actividad con fines institucionales.

\_\_\_\_\_  
FIRMA MADRE

DNI                      ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE

DNI                      ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_

# DECLARACIÓN JURADA ESTADO DE SALUD



**Vélez Sarsfield**  
EL PRIMERO EN SER UN GRAN CLUB

<b>DATOS DEL PARTICIPANTE</b>	Nº DE SOCIO	NOMBRE	APELLIDO
	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	GRADO QUE CURSA
	DOMICILIO		

<b>DATOS PADRES</b>	NOMBRE Y APELLIDO MADRE	NOMBRE Y APELLIDO PADRE
	DNI	DNI
	TEL	TEL
	MAIL	MAIL

¿Utiliza lentes y/o audífonos? \_\_\_\_\_

¿Puede realizar deportes/Natación? \_\_\_\_\_

¿Sufre algún trastorno de salud? \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos o se encuentra bajo un tratamiento médico? \_\_\_\_\_

Factor y tipo de sangre: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento, picaduras, comida, etc? \_\_\_\_\_

¿Cómo se manifiesta la alergia? \_\_\_\_\_ Medicación \_\_\_\_\_

Obra Social/Prepaga \_\_\_\_\_ Nº Afiliado \_\_\_\_\_

Dejo constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo: \_\_\_\_\_

**DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA FICHA DE SALUD DE MI HIJO/A** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

AUTORIZANDO por la presente (en caso de EMERGENCIA) a actuar según lo dispongan los PROFESIONALES MÉDICOS del servicio de emergencia médica de la Institución.

De ser necesario trasladarlo a: \_\_\_\_\_

En caso de no aceptar el servicio de Emergencia Médica, la familia será responsable de la atención y traslado del niño/a.

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE/ MADRE/ TUTOR

ACLARACIÓN

DNI