

C.A.S.A. de PADUA RUGBY



Ficha de Datos Personales.

Apellido:		
Nombres:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	DNI:
Domicilio:		
Localidad:		
Código Postal:	Teléfono:	

Ficha de Salud.

Asma: SI/NO	Diabético: SI/NO	Cardiaco: SI/NO	Alérgico: SI/NO
Alergia: SI/NO	A que:		
Grupo Sanguíneo:	Factor RH:		
Operaciones: SI/NO	De que:		
Otros:			

Urgencias.

Obra Social:	
Teléfono de Emergencia de la Obra Social:	
En caso de emergencia avisar a	Al teléfono:
En caso de emergencia avisar a	Al teléfono:
De ser necesaria la atención medica de mi hijo autorizo a los representantes del Club a derivarlo a la institución medica informada por la Obra Social o en su defecto al Hospital más cercano al lugar del acontecimiento.	

Autorizo a mi hijo a concurrir a las salidas que se presentaren fuera de esta institución durante la temporada **2010** en compañía de sus entrenadores

Firma del Adulto Responsable:

Aclaración:

Nro y tipo de Documento: