



CLUB ATLETICO DEL ROSARIO
COLONIA DE VACACIONES
TEMPORADA 2020-2021



FICHA MEDICA /DATOS PERSONALES

Fecha Ingreso:...../...../.....

N° Soci@:.....

APELLIDO Y NOMBRES:.....

Fecha de Nac.:..... EDAD: D.N.I.:.....

Dirección:.....

Tel. Casa:.....E-mail:

Obra social:.....Grupo Sanguíneo:.....Factor.....

Nombre y Apellido del Médico:.....

Sanatorio al que concurre:.....

Sufre alguna clase de alergia, enfermedad, ETC:-.....

MEDICAMENTO QUE SE DEBE SUMINISTRAR:.....

CANTIDAD.....FRECUENCIA:.....

Colegio al que asiste:.....Grado/año:.....

Nombre y Apellido de la Madre:.....

Celular:.....E-Mail:.....

Ocupación:.....

Nombre y Apellido del Padre:.....

Celular:.....E-Mail:.....

Ocupación:.....

En Caso de emergencia avisar a:.....

Relación:..... Teléfono:.....