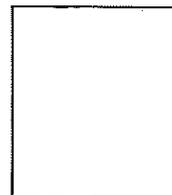


**INSTITUTO NAYARITA DE CULTURA FÍSICA Y DEPORTE**  
**PROGRAMA DE ESCUELAS DEPORTIVAS**  
**DEPORTE:** \_\_\_\_\_



**FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Grado de Estudios: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. móvil: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL ATLETA**

Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

Enfermedades padecidas

Fracturas

Operaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay alguna causa que le provoque alergia?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ CUAL: \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún padecimiento cardíaco?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ CUAL: \_\_\_\_\_

¿Le sube o baja la presión?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

¿Es asmático?

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo y RH: \_\_\_\_\_

Padecimientos actuales: \_\_\_\_\_

¿Otras condiciones? (Aparatos de ortodoncia, lentes de contacto, etc.).

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ CUAL: \_\_\_\_\_

No. de Afiliación al IMSS, ISSSTE, o cualquier tipo de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Datos de la Clínica de adscripción: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo a que practique este deporte, conciente de los riesgos que conlleva la práctica y competencia de esta disciplina deportiva, además he leído el reglamento que rige este programa de Escuelas Deportivas y estoy de acuerdo en sus términos.

**FIRMA DEL ALUMNO**

**FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mensualidad de \$ \_\_\_\_\_ Tepic, Nayarit, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

