

# FICHA PERSONAL

**TORNEOS DE FÚTBOL 5 y 7// FEMENINOS Y MASCULINOS**  
**VÍAS DE CONTACTO.** Tel: 341 5 975 534 (fútbol 5) y Tel. 341 3 267 366 (fútbol 7) – Página de Facebook: Copa Cuna de La Bandera – E-mail: [futbol5@copacunadelabandera.com.ar](mailto:futbol5@copacunadelabandera.com.ar) y [futbol7@copacunadelabandera.com.ar](mailto:futbol7@copacunadelabandera.com.ar) // [www.copacunadelabandera.com.ar](http://www.copacunadelabandera.com.ar)



FECHA: ...../...../.....

ROSARIO, SANTA FE

## DATOS PERSONALES DEL JUGADOR

- ✓ NOMBRE/S: \_\_\_\_\_
- ✓ APELLIDO/S: \_\_\_\_\_
- ✓ EQUIPO: \_\_\_\_\_
- ✓ D.N.I.: \_\_\_\_\_
- ✓ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FACTOR: \_\_\_\_\_
- ✓ FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../.....
- ✓ OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_ N° DE SOCIO: \_\_\_\_\_
- ✓ NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
TEL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE INTERÉS – HACER UN CÍRCULO DONDE CORRESPONDA**

- ES ALÉRGICO A ALGO? SI / NO  
- A QUÉ? \_\_\_\_\_
- POSEE ALGUNA LESIÓN/ES? SI / NO  
- CUAL/ES? \_\_\_\_\_
- TUVO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SI / NO  
- CUAL/ES? \_\_\_\_\_
- ALGUNA VEZ TUVO PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO? SI / NO
- ANTECEDENTES FAMILIARES DE INFARTO? SI / NO
- TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE MANERA HABITUAL? SI / NO  
- CUAL/ES? \_\_\_\_\_
- PADECE ALGUNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN CRÓNICA? SI / NO  
- CUAL/ES? \_\_\_\_\_

Declaro que mi condición física es buena para poder participar de la competencia amateur a nivel recreativo y que no tengo conocimiento de alguna afección que aqueje mi salud y me lo imposibilite.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JUGADOR