



SOLICITUD DE SOCIO  
FICHA DE SALUD - APTITUD FÍSICA

ES OBLIGATORIA LA ENTREGA POR DUPLICADO DE LA PRESENTE FICHA PARA REALIZACIÓN DE  
ACTIVIDAD FÍSICA

1- DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: Edad:  
DNI: Fecha de nacimiento:  
Domicilio:  
Teléfono:  
Mail:  
¿Utiliza redes sociales? SI/NO ¿Cuál es la de mayor uso/utilidad?

2- DATOS FAMILIARES:

Nombre y Apellido de madre/padre/tutor:  
Teléfono: Domicilio:

*En caso de avisar a otra persona que no sea el especificado, favor de consignar teléfono*

3- OBRA SOCIAL O EMPRESA DE SEGURO MÉDICO

Nombre: N° de afiliado:  
Teléfono de contacto:

4- Antecedentes médicos:

¿Posee alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? SI/NO

En caso afirmativo, consignar cuál:

¿Está tomando algún medicamento? (especificar:)

Antecedentes (operaciones, convulsiones, etc):

- Según mi leal conocimiento declaro que son verídicos todos los datos que proporciono en la ficha de salud y autorizo a mi hija/o o bajo tutoría a realizar actividades físicas con esfuerzos acordes a su edad.
- Autorizo a mi hija/a o bajo tutoría a realizar actividad física fuera del establecimiento en competencias cuidado de su profesor/a a cargo de la actividad.
- Autorizo a que el Club Atlético Quilmes pueda utilizar indistintamente todas las imágenes, fotografías y material gráfico de mi hija/o o bajo tutoría para sus medios de difusión audiovisuales.
- En caso de querer dar de baja ya sea la actividad o el socio total, es obligatorio informar en administración y estar al día con el pago de la cuota.
- En caso de querer solicitar una beca o renovar la misma, debe presentar la nota correspondiente dirigida a la Comisión Directiva. Las becas son por un año calendario.
- El Club Atlético Quilmes tiene un acuerdo para atención de primeros auxilios con la empresa . En caso de necesitar traslado para atención clínica y no lograr comunicarse con el adulto a cargo, los menores de 15 años serán trasladados al Hospital Materno Infantil mientras que los mayores al Hospital Interzonal General de Agudos.

*Este formulario debe presentarse con el certificado médico correspondiente*

Firma de madre/padre/tutor

Aclaración

N° de documento

Lugar y fecha