



CLUB LA SALLE JOBSON

SANTA FE - ARGENTINA

APTO MÉDICO Y AUTORIZACIÓN PRÁCTICA DEPORTIVA

1- APTO MÉDICO [Completar con Letra de Imprenta Legible]

APELLIDO: _____ NOMBRES: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Obra Social: _____

Peso: _____ Altura: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor Rh: _____ Antitetánica: **No - Si** Fecha: ____/____/____

Alérgico: **No - Si** _____ Médico de Cabecera: Dr. _____

En Caso de Urgencia Derivar a: _____

EVALUACIÓN:

Auscultación: _____

Tensión arterial: _____ Pulsos Periféricos: _____

E.C.G: _____

OBSERVACIONES: _____

APTO MEDICO: SI NO

Lugar y Fecha: _____ Firma y Sello del Médico: _____

2- AUTORIZACIÓN para PRÁCTICAS y PARTIDOS de RUGBY

Sr. Presidente

Club La Salle Jobson

Por medio de la presente AUTORIZAMOS a nuestro hijo _____ a realizar las prácticas o los partidos de rugby que realice el **Club La Salle Jobson**; además, a realizar los traslados en los medios de transporte que contrate el club para prácticas o partidos a organizarse durante el presente año dentro de la zona de influencia, tomando como tal un radio de 200 km de nuestra ciudad.

Tomando conocimiento de las Disposiciones Generales manifestándome en todo de acuerdo para realizar, o autorizar, la práctica activa del deporte Rugby y de acuerdo a las reglamentaciones vigentes que se establecen para dicho deporte.

FIRMA DEL SOCIO

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

Lugar y Fecha: _____

NOTA:

1.- Toda modificación de datos de los apartados 1 o 2, debe ser comunicada mediante una nueva Ficha Apto Médico y Autorización Práctica Deportiva a la Comisión Directiva del Club La Salle Jobson.

2.- Sin la presente Ficha Apto Médico y Autorización Práctica Deportiva debidamente completada y firmada, el jugador no podrá practicar, jugar, o viajar con la delegación.