

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES:	<input type="text"/>	DNI.	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>
			SOLTERO <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/>
DOMICILIO: CALLE	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>
		PISO	<input type="text"/>
		DEP	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>	LOCALIDAD	<input type="text"/>
		CP	<input type="text"/>
TE:	<input type="text"/>	CEL	<input type="text"/>
		E-MAIL	<input type="text"/>

Por la presente declaro que: no he tenido, ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. Toda la información que he suministrado la realizo en carácter de declaración jurada. Autorizo: en caso de emergencia a cualquier persona calificada, designada por la organización del evento, me haga tratamiento médico o quirúrgico incluido transfusiones.

COMPLETAR CON LETRA CLARA

FIRMA DEL PILOTO SOLICITANTE

ANTECEDENTES DEPORTIVOS

Adjuntar foto tipo carnet

ESPECIALIDAD	<input type="text"/>	TIEMPO DE PRACTICA	<input type="text"/>	CATEGORIA	<input type="text"/>
OTROS DEPORTES	<input type="text"/>				

DATOS DE SALUD

GRUPO SANGUINEO

ANTECEDENTES: Tachar lo que no corresponda

Pérdida de conocimiento	SI	NO	Antecedentes Cardíacos	SI	NO	Alergias	SI	NO
Convulsiones	SI	NO	Hipertensión Arterial	SI	NO	Toma alcohol	SI	NO
Tratamientos Psicológicos	SI	NO	Problemas Urogenitales	SI	NO	Asma	SI	NO
Problemas sanguíneos	SI	NO	Ant. Ulcera Gastroduodenal	SI	NO	Usó drogas prohibidas	SI	NO
Problemas oculares	SI	NO	Toma algún Medicamento	SI	NO	Diabetes	SI	NO

OBSERVACIONES ESPECIFICAR

Si cree necesario agregar otro detalle sobre su salud a tener en cuenta infórmelo

FIRMA PILOTO SOLICITANTE

Toda la información sobre mi salud la he suministrado en carácter de Declaración Jurada