



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

CLUB DEPORTIVO BARBOSA

www.clubdeportivobarbosa.com

| JUGADOR PARTICIPANTE | |
|------------------------------------|----------------------|
| Nombre: | |
| Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | |
| | |
| Teléfono Residencial: | Teléfono Celular: |
| Correo Electrónico (Email): | |
| PADRE / MADRE / TUTOR | DIRECCIÓN / TELÉFONO |
| | Tel: |
| | Tel: |
| En caso de emergencia: | Teléfono: |
| INFORMACIÓN GENERAL | |
| Escuela: | Grado: |
| Médico Primario (Pediatra): | Teléfono: |
| HISTORIAL MÉDICO | |
| ¿Padece de alguna enfermedad? | |
| ¿Toma algún medicamento? | |
| ¿Tuvo algún accidente / operación? | |

| USO OFICIAL | |
|---|------------------------------------|
| CERTIFICADO NAC. <input type="checkbox"/> | MATRÍCULA <input type="checkbox"/> |
| FOTOS 2x2 <input type="checkbox"/> | SEGURO <input type="checkbox"/> |

Yo, _____, padre/madre de _____, certifico que esta información es correcta. Estoy consciente de que la práctica del deporte del balompié puede provocar golpes, caídas y lesiones, y relevo al Club Deportivo Barbosa, a sus empleados, directivos y entrenadores de la responsabilidad de cualquier accidente que mi hijo/a sufra durante la práctica o juego. Me comprometo a pagar todas las mensualidades y cuotas por el año matriculado.

FIRMA PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA