



SPECIAL OLYMPICS GALICIA
HOJA DE INSCRIPCIÓN JUGADORES UNIFICADOS
FORMULARIO B 1

Nombre de la Asociación

Apellidos

Nombre

Fecha de Nacimiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año			

D.N.I.

Masculino Femenino

Teléfono de Emergencia

Teléfono Móvil durante la actividad

Persona de contacto en caso de Emergencia

Apellidos

Nombre

Información Médica

Problemas de Corazón
Problemas de Tensión Arterial
Conmoción/Lesión Cerebral
Problemas Neurológicos:
Epilepsia, ...
Problemas Respiratorios:
Asma
Alergias
Otros
Dieta Especial

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº SEGURIDAD SOCIAL

|

**SI ES JUGADOR UNIFICADO INDICAR:
Nivel**

<input type="checkbox"/>	Nivel 1 (Avanzado)
<input type="checkbox"/>	Nivel 2 (Intermedio)
<input type="checkbox"/>	Nivel 3 (Inicial)

TIPO DE DIETA

SI TOMA MEDICACIÓN, INDICAR CUAL Y PAUTAS

Yo, _____ como mayor de edad y entregado toda la documentación, para participar en la ACTIVIDADES DE OCIO Y DEPORTE de Special Olympics Galicia 2022, autorizo a los representantes legales de Special Olympics Galicia en caso de enfermedad o accidente, a tomar todas las decisiones de urgencia, tanto médicas como quirúrgicas.
Yo entiendo lo que significa este formulario y con mi firma autorizo lo arriba expuesto.

Firma del JUGADOR/ DEPORTISTA

Fecha /2022