

CARNET N°:

FICHA DE INSCRIPCIÓN EN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y DEPORTES, EN LA SEDE RAMSAY DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EN CASO DE GRUPOS FAMILIARES, DEBE PRESENTARSE UNA FICHA POR CADA PERSONA.

INDICAR APELLIDO, NOMBRE, DNI Y PARENTESCO CON LA PERSONA (O LAS PERSONAS) CON DISCAPACIDAD DE SU GRUPO FAMILIAR:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INCLUYA LA FIRMA Y ACLARACIÓN DE SU FAMILIAR (O FAMILIARES) CON DISCAPACIDAD, EN CASO DE SER POSIBLE. PUEDE FIRMAR SU ASISTENTE PERSONAL, CON SU CONSENTIMIENTO. EN ESE CASO, ACLARAR. FIRMA Y ACLARACIÓN DE FAMILIAR CON DISCAPACIDAD:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A CONTINUACIÓN, COMPLETE SUS PROPIOS DATOS:

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: / / TIPO/Nº DOCUMENTO:

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C. POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCALIDAD:

TELÉFONO: EMAIL:

MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS LOGRADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OCUPACIÓN:

OBRA SOCIAL: Nº AFILIADO:

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALÉRGICO: SI / NO:\_\_\_\_\_\_\_A QUÉ:

MEDICACIÓN: DOSIS:

MÉDICO TRATANTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA, NOTIFICAR A:

1- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CENTRO ASISTENCIAL AL QUE DEBE SER DERIVADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de ser necesaria la firma de madre, padre, o representante legal:

FIRMA DE MADRE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración de nombre, apellido y vínculo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y aclaración de personal que recepciona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Video reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS

