

CARNET N°:

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

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: / / \_\_TIPO/Nº DOCUMENTO:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EMAIL:

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

TIPO/S DE DISCAPACIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBRA SOCIAL. SÍ/NO: \_\_\_\_\_\_\_ EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº AFILIADO:

¿TIENE INDICACIÓN DE TRANSPORTE INSTITUCIONAL PARA SUS TRASLADOS? SI/NO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(En caso afirmativo, la Agencia Nacional de Discapacidad certificará qué días asistió a actividades para presentar ante quien corresponda)

¿ REQUIERE ALGÚN APOYO O ASISTENCIA PARA PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES A LAS QUE SE INSCRIBE?

SÍ/NO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿CUÁL?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TIENE INDICACIÓN DE ASISTENTE PERSONAL (O ASISTENTES PERSONALES)? SI/NO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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/A:

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Completar en caso de que corresponda:

En caso de necesitar apoyo para leer y/o comprender algún punto de la ficha de inscripción y/o firmar, ¿contó con un/a asistente y/o personal administrativo de la Agencia Nacional de Discapacidad para brindárselo y poder completar la ficha?

**Seleccione una opción.**

**SI/ NO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**OBSERVACIONES:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

