



**Certificado de aptitud médica**

Nombre y apellido .....

DNI N° ..... Fecha de nacimiento

Obra social ..... Afiliado N° .....

**Antecedentes médicos**

- ¿Algún impedimento para la práctica deportiva y/o actividad física?  
.....
- ¿Alergias?  **Si**  **No** (en caso afirmativo detallar cual/es)  
.....
- ¿Defectos posturales? (Ej.: desviación de columna, pié plano, etc.)  
.....
- ¿Traumatismos (ej.: desgarros, esguinces, fracturas, luxaciones) u operaciones que interesen a la actividad deportiva?  
.....

**Aptitud médica**

Certifico que el Sr. .... DNI .....  
es apto para la práctica de Rugby y la realización de todas las actividades relacionadas con tal participación.

.....  
Lugar y fecha

.....  
Firma y sello del médico

**Asistencia médica de urgencia**

Por el presente autorizo al médico de vuestra Institución a realizar la asistencia médica de urgencia que fuera necesaria, y disponer de ser necesario el traslado al centro médico adecuado con el servicio de emergencias que el Club tenga contratado.

**Viajes, giras y traslados**

Autorizo a mi hijo a realizar viajes de corta, media y/o larga distancia, tanto en jornadas hábiles como en fines de semana, trátase de entrenamientos, giras, encuentros deportivos y otra actividad que el Club disponga y esté asociada a la actividad de la práctica y conocimiento del Rugby.

.....  
Firma del padre/tutor

.....  
Firma de la madre/tutor

.....  
Aclaración

.....  
Aclaración

.....  
DNI

.....  
DNI



### Domicilio y contacto

Calle..... N°..... Piso..... Dto. ....

Barrio..... Localidad ..... C.P. ....

Barrio cerrado/condominio/complejo ..... Lote/casa .....

Teléfono particular (.....)..... Celular (.....) 15 - ..... Otro .....

email ..... @ .....

¿Te gustaría recibir en tu email noticias y comunicaciones del Club ?  Si  No

Colegio..... Localidad..... Año/curso/grado .....

### Datos de los padres

Nombre y apellido del padre/tutor .....

Teléfono laboral (.....)..... Celular (.....) 15 - ..... Otro .....

email ..... @ .....

¿Te gustaría recibir en tu email noticias y comunicaciones del Club ?  Si  No

Nombre y apellido de la madre/tutora .....

Teléfono laboral (.....)..... Celular (.....) 15 - ..... Otro .....

email ..... @ .....

¿Te gustaría recibir en tu email noticias y comunicaciones del Club ?  Si  No