 

PLANILLA INSCRIPCIÓN A PRÁCTICAS DEPORTIVAS

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO |  |
| DIRECCIÓN EN ROSARIO |  |
| ESCUELA (CARRERA) |  |
| AÑO QUE ESTÁ CURSANDO |  |
| MAIL |  |
| DISCIPLINA DEPORTIVA |  |

**COBERTURA DE SALUD NO POSEE □**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | TELÉFONO |
| OBRA SOCIAL |  |  |
| NÚMERO AFILIADO |  | PLAN |  |
| SISTEMA DE EMERGENCIAS |  |  |
| CENTROS DE SALUD PRESTADORES EN ROSARIO |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**CONTACTOS PERSONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **TELÉFONO** | **PARENTEZCO** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ANTECEDENTES** (MARCAR CON X)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ASMA |  | EPILEPSIA |  | TRAUMATISMOS |  |
| ALERGIAS |  | ENF CARDIOVASCULAR |  | TRAST COAGULACIÓN |  |
| DIABETES |  | HIPERTENSIÓN ARTERIAL |  | USA ANTEOJOS/LENTES |  |

OTROS……………………………………………………………………………………………………………………………………….

MEDICACIÓN HABITUAL……………………………………………………………………………………………………………

LESIONES OSTEOARTICULARES PREVIAS…………………………………………………………………………………..

**ESTUDIOS ENTREGADOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ECG |  | ERGOMETRÍA |  | APTO FINAL |  |
| ECOCARDIO |  | LABORATORIO |  |  |

Mi firma sobre esta declaración, representa mi decisión libre y voluntaria, de participar en la competición bajo mi propia responsabilidad.

DECLARACION:

1. Entiendo y acepto que mi participación como deportista en cualquier evento como representante del Instituto Universitario Italiano de Rosario, supone mi aceptación de todas las reglas y normativas.

2. Declaro que conozco las normas que establecen mi participación como estudiante del Instituto

3. Soy consciente de los riesgos potenciales que incluye la competición, así como del riesgo originado por el deporte físico y las exigencias técnicas, sea durante el entrenamiento o durante la competición.

4. Declaro tener obra social para cubrir cualquier contingencia que resulte de mi actuación como tal y estar mi cuota al día en cuanto a su pago. En caso de sufrir alguna lesión que haga necesario su tratamiento, acudiré al Servicio de Emergencias que mi prestadora como obra social me ofrezca. De esta forma, serán tratadas lesiones y secuelas que surjan con la cobertura que establezca mi obra social.

5. Consecuentemente, conozco y acepto que cuando participo en dicha competición o actividades organizadas por el IUNIR, mi integridad física pueda correr peligro, por las circunstancias propias del deporte que practico.

6. Declaro haberme sometido a todas las instancias previas a mi inscripción para los deportes (análisis clínicos, consulta cardiovascular) y estar en condiciones de poder jugar para el IUNIR, según los requisitos que me fueron planteados antes de ingresar a las prácticas deportivas.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_