



# ESCUELA FÚTBOL SALA CASTELLANOS DE MORISCOS

futsalcastellanos@gmail.com • 677619848 • 654254344

Nº Cuenta: ES51 2100 2904 0502 0589 3078

## FICHA DE INSCRIPCIÓN ESCUELA DE FÚTBOL SALA CASTELLANOS DE MORISCOS

Rellenando la ficha de inscripción autorizo al CD FUTSAL CASTELLANOS la toma de fotos y vídeos de las distintas actividades deportivas para su correcta promoción y difusión.

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>															
<b>EDAD</b>					<b>SEXO</b>					<b>F.NACIMIENTO</b>					
<b>DIRECCIÓN</b>															
<b>TELÉFONOS DE CONTACTO</b>															
<b>LOCALIDAD</b>										<b>PROVINCIA</b>					
<b>E-MAIL PADRE</b>								<b>E-MAIL MADRE</b>							
<b>MÉDICO QUE ATIENDE TUS LESIONES</b>															
<b>EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR CON</b>															
<b>NOMBRE</b>					<b>PARENTESCO</b>					<b>TELÉFONO</b>					
<b>¿CUÁNTOS AÑOS LLEVAS ENTRENANDO?</b>										<b>HORAS/SEMANA</b>					
<b>¿ERES BUEN ESTUDIANTE?</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>CENTRO DOCENTE</b>					<b>Director del centro y contacto</b>						
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>															
<b>¿Algún miembro de tu familia ha sufrido algún infarto?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>¿Algún miembro de tu familia ha padecido del corazón?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>¿Algún miembro de tu familia ha fallecido antes de los 50 años?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>¿Quién?</b>					<b>Causa</b>										
<b>¿Alguien de tu familia padece hipertensión?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>¿Alguien de tu familia padece alguna enfermedad?</b>					<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Cuál</b>						
<b>¿Alguien de tu familia ha hecho deporte?</b>					<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Cuál</b>						
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>															
<b>¿Has padecido alguna enfermedad diferente a las de la infancia?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>¿Cuál?</b>															
<b>Te han dicho alguna vez que presentas alguna de las siguientes ¿enfermedades?</b>										<b>SI</b>		<b>NO</b>			
<b>Soplo en el corazón</b>		<b>Tensión arterial alta</b>		<b>Palpitaciones</b>		<b>Colesterol elevado</b>		<b>Diabetes</b>		<b>Problemas auditivo/visual</b>					
<b>¿Alguna otra?</b>															
<b>¿Ha padecido alguna lesión de gravedad?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>Zona del cuerpo</b>					<b>Presenta secuelas</b>					<b>Mecanismo de lesión</b>					
<b>¿Te cansas más rápido que tus compañeros/as?</b>					<b>SI</b>				<b>NO</b>						
<b>Otra información de interés</b>															
					<b>Fecha y Firma y consentimiento del Padre/Madre o</b>										