



CATEGORÍA: _____

Nº. INSCRIPCIÓN _____

FICHA DE INSCRIPCIÓN

FOTO

DATOS DEL JUGADOR:

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I.: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____

Estado: _____ País: _____ Nº de Partida de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Tel. Habitación: _____ Otro teléfono donde se le pueda localizar en caso necesario: _____

Lugar Donde Estudia: _____ Teléfono: _____ y/o _____

Si ha jugado en algún equipo favor indicar: Divisa _____

Liga: _____ Temporada: _____

DATOS DE LOS REPRESENTANTES:

DEL PADRE:

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I.: _____ Profesión: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

DE LA MADRE:

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I.: _____ Profesión: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

DATOS DE UBICACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA:

PADRE:

Lugar de Trabajo: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ y/o _____

E-mail: _____

MADRE:

Lugar de Trabajo: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ y/o _____

E-mail: _____

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FIRMA DEL JUGADOR



DATOS COMPLEMENTARIOS

Tiene el Jugador: _____ Algún Seguro

Escolar: SI: _____ NO: _____ Compañía: _____ N°: _____

Hospitalización: SI: _____ NO: _____ Compañía: _____ N°: _____

Accidentes: SI: _____ NO: _____ Compañía: _____ N°: _____

Padece a ha padecido el jugador alguna enfermedad importante: SI: _____ NO: _____ En caso de ser afirmativo indique el tipo de enfermedad: _____

El jugador es alérgico a: _____

Tipo de Sangre del Jugador: Tipo: _____ Grupo: _____

En caso de EMERGENCIA notificar a : _____

C.I.: _____ Parentesco: _____

Dirección (Hab.): _____

_____ Teléfono: _____ y/o _____

Dirección (Trabajo): _____

_____ Teléfono: _____ y/o _____

EN CASO DE NO LOCALIZAR A: _____

EN UN MOMENTO DE EMERGENCIA YO: _____

C.I.: _____, AUTORIZO A LA ORGANIZACIÓN COCODRILOS PARA QUE EFECTÚE CUALQUIER TRAMITE QUE CONSIDERE CONVENIENTE EN CASO DE QUE MI REPRESENTADO SUFRA CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE INDIQUE EL CENTRO DE ASISTENCIA DONDE DESEE QUE EL JUGADOR SEA ATENDIDO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

_____ Y/O _____

O CUALQUIER OTRO CENTRO ASISTENCIAL QUE LA ORGANIZACIÓN CONSIDERE.

Firma del Representante

C.I.: _____