Fecha: _____

Nombre: _____
Paterno Materno: Nombre (s)

Actividad Deportiva: _____

Teléfono particular: _____

Quiero practicar mi actividad deportiva de forma: (elija una opción)

☐ Recreativa ☐ Formativa ☐ Competitiva

Domicilio: _____
Calle y No. Colonia C.P.

Nombre y teléfono de algún familiar al que se le puede avisar en caso de emergencia:

_____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Día mes año Ciudad Estado

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Sexo: _____

Tipo de sangre: _____ ¿Tiene alguna alergia? (No) (Sí) ¿Cuál? _____

Marque con una (X) a qué sector salud pertenece: IMSS ( ) ISSSTE ( ) Otro ( ):_____

Número de Afiliación: _____

CURP: _____

Manifiesto bajo protesta de decir la verdad, que todos los datos declarados en este registro de inscripción son totalmente verdaderos.

_____ _____

Firma del alumno Firma del padre o tutor

_____

Firma del administrador