

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Folio: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

DOMICILIO Y MEDIOS DE CONTACTO:

Calle y número:

Colonia:

Localidad: _____ Municipio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Alergias: _____ Lesiones previas _____

Padecimientos actuales:

_____ Tipo de sangre: _____

Nombre del Responsable: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

No. de seguro social: _____ Otro seguro: _____

FECHA DE INSCRIPCIÓN

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Firma del tutor responsable: _____