



UNILIVO
MAYOR RESPONSABLE
ACTIVIDAD – VOLEIBOL

El / la que suscribe.....DNI.....con domicilio en la calle.....No.....Localidad.....DNI....., fecha de nacimiento...../...../.....me hago responsable de mi participación en la actividad VOLEIBOL, tanto en las instalaciones del club....., como en las demás instituciones deportivas a las que concurren en representación del mismo y en los medios de locomoción que las autoridades deportivas de la institución que represento determinen.-

FICHA DE SALUD

(Se deberá tachar lo que NO corresponda)

Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios	SI / NO
Padece diabetes	SI / NO
Padece cardiopatías congénitas	SI / NO
Padece cardiopatías infecciosas	SI / NO
Padece hernias inguinales, crurales	SI / NO
Ha padecido recientemente hepatitis (60 días)	SI / NO
Ha padecido recientemente sarampión (30 días)	SI / NO
Ha padecido recientemente parotiditis (30 días)	SI / NO
Ha padecido recientemente mononucleosis infecciosa (30 días)	SI / NO
Ha padecido recientemente esguinces o luxaciones de:	
✓ Tobillos (60 días)	SI / NO
✓ Rodillas (60 días)	SI / NO
✓ Hombros (60 días)	SI / NO
✓ Dedos (60 días)	SI / NO
✓ Otro tipo (cantidad de días)	SI / NO
✓ Otras enfermedades (alergias, vista, etc.) que consideren importantes.....	
.....	
.....	
.....	

Nota: En caso de contestar afirmativamente alguno de los items precedentes, el médico que extienda el certificado deberá especificar la afección padecida y determinar si la/el jugador/a se encuentra en condiciones de la práctica deportiva.

Será obligación del entrenador informar a los padres en forma fehaciente, cualquier indisposición o malestar del/la jugador/a durante las prácticas, por lo que se sugiere se recomiende por parte de los padres a sus hijas/os que comuniquen a su entrenador cualquier circunstancia que entiendan no son las normales a la fatiga que el entrenamiento o el partido provocan.-

Lugar y fecha.....Firma del titular.....