



INSTITUTO MUNICIPAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE DE TOCANCIPÁ

ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA

FORMATO ÚNICO DE INSCRIPCIÓN 2023

CÓDIGO: EFD-FT-001

VERSIÓN: 03

FECHA: 24//02/2023

Página 1 de 1

DEPORTE: _____

DIRECCIÓN DE VIVIENDA:

LUGAR PARA ENTRENAMIENTO:

DATOS PERSONALES

NACIONALIDAD: _____

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

TIPO DE DOC (RC.TI.CC) _____ No DOCUMENTO: _____

G.S. Rh: SEXO: F ___ M ___ OTRO: ___ EDAD: _____

NUEVO ___ ANTIGUO ___ ¿Cuántos años lleva en la práctica deportiva? _____

FECHA NACIMIENTO(DD/MM/AAAA): _____ LUGAR: _____

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_

DISCAPACIDAD SI ___ NO ___ CUAL: _____ GRUPO ETNICO: INDIGENA ___

AFROCOLOMBIANO ___ OTRO ___ CUAL ___ POBLACION LGTBIQ+ SI ___ NO ___

DATOS ACADÉMICOS

NIVEL ACADEMICO: _____

COLEGIO AL QUE ASISTE: _____

SE INSCRIBE A: LÚDICA ___ ESCUELA DE FORMACIÓN _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

PARENTESCO: _____ CELULAR: _____

CUESTIONARIO DE PREPARACIÓN PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA: MARQUE SI o NO

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presenta problemas de cardiopulmonares y sólo puede hacer actividad física regulada por un médico.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierde el equilibrio por mareos o ha perdido en alguna ocasión el conocimiento.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna fractura o complicación ósea o con articulaciones.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está tomando medicamentos recetados por el médico de forma permanente.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alguna restricción médica que le impida realizar actividad física o deportiva. No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

USO DE IMAGEN: Autorizo al IMRDT, para realizar el registro fotográfico y de video, divulgación y difusión con fines informativos y publicitarios de los diferentes eventos deportivos en donde esté presente el deportista. En ningún caso para actividades comerciales o que atenten contra la dignidad de las personas. Lo demás en cumplimiento de la Ley 1098 de 2006.

Firma acudiente:
C.C.

Firma deportista:

DOCUMENTOS PARA ANEXAR

Póliza de seguro de accidentes con valor de acuerdo a la vigencia.

Fotocopia de documento de identidad, Certificación de afiliación a EPS o consulta del ADRESS o FOSYGA y foto 3x4.