



ESCUELA DEPORTIVA INDERBU 2020 FICHA DE INSCRIPCION



Deporte: Grupo: Entrenador:

Nombre completo del Alumno

Lugar y fecha de Nacimiento

Documento de Identidad REG. T.I.

Dirección Barrio

Estrato Teléfonos de contacto

Comuna E-mail



FOTO 3 X 4

Grupos diferenciales Discapacidad Víctima Otro

Información Educativa Jornada de Estudio Grado de Estudio

Nombre de la Institución Publica privada

Nombre del Padre Tel. Celular

Nombre de la Madre Tel. Celular

Información Médica EPS: Tipo de sangre

Antecedentes de Enfermedades (Marque con una X las enfermedades que ha padecido o padece el niño)

ASMA BRONQUITIS DIABETES FRACTURAS OPERACIONES: ¿SI NO CUAL?

OTITIS EPILEPSIA AFECCIONES CARDIACAS CONVULSIONES OTRA

Antecedentes Alérgicos (Marque con una X los antecedentes alérgicos que ha padecido o padece el niño/a)

MEDICAMENTOS ALIMENTOS PENICILINA OTROS CUAL

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, en calidad de Padre de familia o acudiente ACEPTO la vinculación y participación del niño/a inscrito en el presente formulario y autorizo al Instituto de la juventud, el deporte y la recreación INDERBU para: a) recolectar, almacenar y utilizar los datos suministrados para propósitos pedagógicos, académicos, científicos, estadísticos y promocionales. b) que mis datos personales sean administrados y tratados a través de los sistemas de información del INDERBU. c) aplicar a mi hijo/a test valorativos en el proceso de diagnóstico, evaluación y control requeridos por parte del programa (los test valorativos no son invasivos y están clasificados como pruebas de campo, estos son: - valoración antropométrica y pruebas motoras y físicas). d) Toma y uso de fotografías con fines publicitarios. Igualmente manifiesto el conocimiento sobre los diferentes riesgos que existen en la práctica de actividades lúdicas y deportivas tales como lesiones físicas y traumatismos entre otras, durante las clases de formación del programa, por tal razón, entiendo la importancia de cumplir con mi compromiso de tener vigente la seguridad social e informar oportunamente al docente de alguna condición de salud particular que pueda presentar mi representado durante su asistencia al programa o algún tipo de restricción médica que haya sido ordenado por el profesional tratante, exonerando al INDERBU, de toda responsabilidad civil, médica y de cualquier índole.

Firma Padre de Familia o Acudiente
C.C. _____

DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado como aparece en este formulario, acepto participar voluntariamente para la toma de datos y test valorativos en el proceso de diagnóstico, evaluación y control requeridos por el programa "Escuelas de iniciación y formación deportiva del inderbu y autorizo utilizar esta información solo con fines académicos, investigativos y estadísticos.

FIRMA DEL NIÑO/A: _____