



ESCUELA FORMATIVA DE FÚTBOL LA MEDALLA F.A.

ACTITUD, CONVICCIÓN
Y DISCIPLINA

HOJA DE VIDA DEL JUGADOR

DATOS DEL JUGADOR.

NOMBRES				
APELLIDOS				
DIRECCION				
TELEFONO				
T.I		C.C.		N° IDENTIFICACION

--

FECHA, LUGAR DE NACIMIENTO Y OCUPACION.

DIA		MES		AÑO		LUGAR	
OCUPACION							
ENTIDAD							
DIRECCION						TEL:	
CIUDAD						DPTO	
SEGURO ESTUDIANTIL	SI	NO	EPS		PREPAGADA		
TIPO DE SANGRE		+	-	PESO		KG	ESTATURA MTS

DATOS FAMILIARES.

NOMBRE DEL PADRE							
OCUPACION							
ENTIDAD							
DIRECCION						TEL	
CIUDAD						DPTO	
NOMBRE DE LA MADRE							
OCUPACION							
ENTIDAD							
DIRECCION						TEL	
CIUDAD						DPTO	
HERMANOS						EDAD	
						EDAD	
						EDAD	
						EDAD	



ESCUELA FORMATIVA DE FÚTBOL LA MEDALLA F.A.

ACTITUD, CONVICCIÓN
Y DISCIPLINA

ENFERMEDADES QUE PADECE.

ALERGIAS	SI	NO	CUALES	
ENFERMEDADES QUE PADECE				
ALGUNA ENFERMEDAD DECLARADA O CIRUGIA?				
ALGUN TIPO DE SECUELA				
ALGUN TIPO DE ACCIDENTE QUE HAYA PUESTO EN PELIGRO UN ORGANO?	SI	NO	CUALES	
¿El niño participa de alguna terapia de tipo sensorial (fuerza, medición de la fuerza, manejo de la percepción tempo-espacial entre otras) o cualquier tipo de terapia?	SI	NO	CUALES	

DATOS DEL CLUB.

NOMBRE DEL CLUB		CATEGORIA	
FIRMA DEL PRESIDENTE			

Observaciones: Se solicitan a la brevedad posible: 3 fotos tamaño carnet, fotocopia del registro civil y tarjeta de identidad ampliada al 150%.

Declaro que la información suministrada es veraz y totalmente verificable y que la práctica del fútbol no genera afección alguna o detrimento en la salud de mi hijo, ya que sus condiciones de salud no limitan el ejercicio de dicho deporte y su práctica y aprendizaje permite estimular su capacidad física, cognitiva, acervo motor y salud psicomotivacional.

En caso de variación en la condición de la salud de mi hijo daré aviso a la Escuela de Fútbol previa valoración médica.

FIRMA DEL PADRE
C.C.:
C.E.:
PASAPORTE:

FIRMA DEL MADRE
C.C.:
C.E.:
PASAPORTE: