



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: