

**PROCESO DEPORTE****FICHA DE INSCRIPCIÓN**

Código:	FM-M1.D3-01	Versión:	03	Vigencia:	2021/04/01	Páginas	1
---------	-------------	----------	----	-----------	------------	---------	---

**Misión:** PASTO DEPORTE contribuye a la formación y el desarrollo del ser humano a través de la práctica del deporte, la actividad física, la recreación y el buen uso del tiempo libre.

FECHA INGRESO AL PROGRAMA:	PROGRAMA:
----------------------------	-----------

**INFORMACIÓN PERSONAL**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

GENERO: F \_\_\_ M \_\_\_ LGBTI \_\_\_ EDAD (AÑOS): \_\_\_\_\_

E.P.S: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

BARRIO  VEREDA  CORREGIMIENTO:  \_\_\_\_\_ COMUNA \_\_\_\_\_

TELÉFONO/CELULAR: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA: \_\_\_\_\_ BACHILLERATO: \_\_\_\_\_ UNIVERSITARIO: \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN EDUCATIVA ACTUAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ GRADO QUE CURSA: \_\_\_\_\_ JORNADA: \_\_\_\_\_

PADECE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD QUE LE DIFICULTE LA PRACTICA DEPORTIVA: SI  NO

QUE TIPO DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

DISCAPACIDAD  LIMITACION  CUAL: \_\_\_\_\_

TIENE ALGÚN TIPO DE CIRUGIA: SI  NO  CUAL: \_\_\_\_\_

TOMA MEDICAMENTOS RECETADOS POR MEDICO: SI  NO  CUAL: \_\_\_\_\_

RECIBE ALGÚN TIPO DE SUBSIDIO: SI  NO  CUAL: \_\_\_\_\_

DESPLAZADO  VICTIMA DEL CONFLICTO  VULNERABLE  NINGUNA

ETNIAS: RAIZAL  INDIGENA  AFROCOLOMBIAN@  RROM  NINGUNA

**INFORMACIÓN FAMILIAR (PARA NIÑOS Y JOVENES MENORES DE EDAD)**

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

**ACTA DE COMPROMISO Y/O CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que la información suministrada en relación con mi estado físico y de salud corresponde a la realidad, y que por tal motivo al no presentar ningún impedimento, yo, \_\_\_\_\_; Identificado(a) con C.C. \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_; de forma voluntaria decido participar del programa: \_\_\_\_\_ y/o autorizo la vinculación de mi hijo (a) o menor a mi cargo \_\_\_\_\_ para pertenecer al programa: \_\_\_\_\_ de **PASTO DEPORTE**, acogiendo a los lineamientos del Instituto y responsabilizandome de lo que deribe de su participación.

Firma del Aspirante

Firma del Padre o Acudiente

**INFORMACIÓN ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA (ESPACIO ESPECIAL PARA EL TECNICO/MONITOR)**

DEPORTE: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

NIVEL: \_\_\_\_\_ TECNICO/MONITOR: \_\_\_\_\_

DIAS DE CLASE: \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_

FIRMA TECNICO/MONITOR

FIRMA COORDINADOR PROGRAMA

**REQUISITOS**

1 FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1 FOTOCOPIA CARNET DE SALUD O CERTIFICADO DE AFILIACION

Seguro contra accidentes \$ 5.000 anuales o fotocopia de seguro estudiantil.