



USUARIO

FECHA:

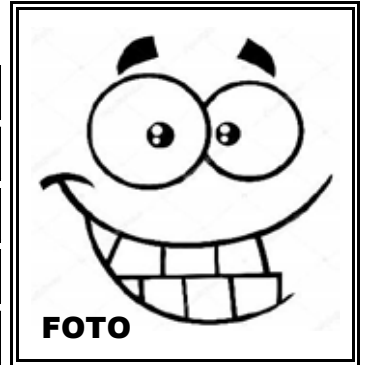
Nombre y apellidos:

Fecha Nac.: Edad: C.I.:

Nacionalidad: Telf:

Dirección:

E-mail:



FICHA MÉDICA

Sangre tipo:

Actividad restringida: Si: No: Especifique:

Sufre de:

Alérgico a:

Medicamento regular:

En caso de emergencia llamar a:

Especifique si usted presenta alguna dificultad de desarrollo y diagnostico según sea el cas

Esta información facilita la adecuación de las técnicas de nado para facilitar el aprendizaje

Desarrollo PSICOMOTOR Si: No: Diagnóstico:

Desarrollo COGNITIVO Si: No: Diagnóstico:

Desarrollo SOCIAL Si: No: Diagnóstico:

Desarrollo del LENGUAJE Si: No: Diagnóstico:

Algún otra DIFICULTAD Si: No: Diagnóstico:

OBSERVACIONES Médicas:

MATRICULA

Solo uso administrativo

NIVEL:

NIVEL

INSTRUCTOR:

DÍAS:

HORARIO: