



USUARIO FECHA:

Nombre y apellidos:

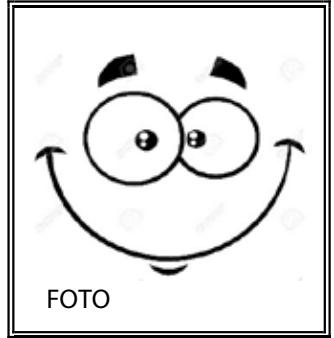
Fecha Nac.: Edad: C.I.:

Nacionalidad: Telf:

Dirección:

E-mail:

Colegio: Etapa/Semestre:



FOTO

REPRESENTANTE

Madre: Telf:

Ocupación: Email:

Padre: Telf:

Ocupación: Email:

FICHA MÉDICA Sangre tipo:

Actividad restringida: Sí: No: Especifique:

Sufre de:

Alérgico a:

Medicamento regular:

En caso de emergencia llamar a:

Especifique si su representado presenta alguna dificultad de desarrollo y diagnóstico según sea el caso:

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

Desarrollo PSICOMOTOR	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Diagnóstico: <input type="text"/>
Desarrollo COGNITIVO	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Diagnóstico: <input type="text"/>
Desarrollo SOCIAL	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Diagnóstico: <input type="text"/>
Desarrollo del LENGUAJE	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Diagnóstico: <input type="text"/>
Algun otra DIFICULTAD	<input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	Diagnóstico: <input type="text"/>

OBSERVACIONES Médicas:

MATRICULA Solo uso administrativo

NIVEL:

NIVEL

INSTRUCTOR:

DÍAS:

HORARIO: