



SPECIAL OLYMPICS GALICIA

FOLLA DE INSCRIPCIÓN XOGADORES UNIFICADOS MAIS DE 14 ANOS DE IDADE

FORMULARIO B 1

Nome da Asociación

Apelidos

Nome

Data de Nacemento

Día

Mes

Año

D.N.I.

Masculino

Feminino

Teléfono de Emerxencia

Teléfono Móvil durante a actividade

Persoa de contacto en caso de Emerxencia

Apelidos

Nome

Información Médica

Problemas de Corazón

SI

NON

Problemas de Tensión Arterial

Conmoción/Lesión Cerebral

Problemas Neurolóxicos:

Epilepsia, ...

Problemas Respiratorios:

Asma

Alerxias

Outros

Dieta Especial

Nº SEGURIDADE SOCIAL

SI E XOGADOR UNIFICADO INDICAR: Nivel

Nivel 1 (Avanzado)

Nivel 2 (Intermedio)

Nivel 3 (Inicial)

TIPO DE DIETA

SI TOMA MEDICACIÓN, INDICAR CAL E PAUTAS

Eu, _____ con DNI _____

como pai/nai/ tutor legal do atleta _____

con DNI _____ declaro que despois de entregada toda a documentación, para participar nas ACTIVIDADES DE OCIO E DEPORTE de Special Olympics Galicia 2024, autorizo ós representantes legais de Special Olympics Galicia no caso de enfermidade ou accidente, a tomar todas as decisións de urxencia, tanto médicas como quirúrxicas oportunas. Eu entendo o que significa este formulario e coa miña firma autorizo o arriba exposto.

Sinatura PAI/ NAI/ TUTOR LEGAL

Data /2024

Sinatura do XOGADOR/ DEPORTISTA

Data /2024