



SPECIAL OLYMPICS GALICIA
FOLLA DE INSCRIPCIÓN XOGADORES UNIFICADOS
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
Problemas de Tensión Arterial
Conmoción/Lesión Cerebral
Problemas Neurolóxicos:
Epilepsia, ...
Problemas Respiratorios:
Asma
Alerxias
Outros
Dieta Especial

SI

NON

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, _____ como maior de idade e entregada toda a documentación, para participar nas ACTIVIDADES DE OCIO E DEPORTE de Special Olympics Galicia 2024, autorizo aos representantes legais de Special Olympics Galicia en 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 do XOGADOR/ DEPORTISTA

Data

/2024