

Foto

COORDINACIÓN DEPORTIVA

FORMATO ÚNICO DEL DEPORTISTA LASALLISTA

Datos del Deportista

Nombre

CURP:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Domicilio

Estado:

Ciudad:

Calle y Número:

Colonia:

Delegación o Municipio:

C.P.:

Datos Escuela

ESCUELA:

GRUPO:

SEMESTRE

Deporte(s):

PORCENTAJE DE BECA DEPORTIVA: _____

Información personal

Peso: kg. Estatura:

Talla:

Calzado:

E-mail:

Teléfono: CEL:

Información de Salud

ENTREGO CERTIFICADO MEDICO: SI NO **POR QUE?**

Padece alguna enfermedad crónica degenerativa ? (Diabetes, Hepatitis, Cardiopatías, asma,) **otros :**

Si No. Cual :

Esta lesionado actualmente? Si No. **Que tipo de lesión:**

FUMA: SI NO

TOMA BEBIDAS EMBRIAGANTES: SI NO

CON QUE FRECUENCIA:

DIARIO SEMANAL MENSUAL

Otro: