



Solicitud de Credencial deportiva - Año 2012		Nº: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nombre y apellido:	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
Nº de legajo:	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>Datos Particulares</b>		
Fecha de nacimiento:	<input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/>	Edad: <input style="width: 30px;" type="text"/> Sexo: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
	alumno <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Docente <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> No docente <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Pasante <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Egresado <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>	
Carrera:	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Año: <input style="width: 30px;" type="text"/> Turno: <input style="width: 30px;" type="text"/>
Escuela:	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
E-mail:	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
DNI/Pas:	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
<b>Domicilio Particular</b>		
Dirección:	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Número: <input style="width: 30px;" type="text"/> Piso <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Dto.: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
Localidad:	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
Telefono:	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Celular: <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Domicilio Laboral:</b>		
Dirección:	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Número: <input style="width: 30px;" type="text"/> Piso <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Dto.: <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
Empresa:	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Seguro Médico/ Emergencias:</b>		
Seguro Médico/Obra social:	Número de Afiliado:	
<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
En caso de urgencia llamar a los siguientes teléfonos:		
Teléfono :	Hablar con:	Parentesco:
<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
<b>Deportes a practicar:</b> <input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>		
<p>Por medio de la presente declaro estar en condiciones de realizar actividad física y deportiva, conociendo los posibles riesgos que ello acarrea, adjunto apto médico obligatorio siendo responsable de la presentación del mismo, firmo en consentimiento declarando como verdaderos los datos aquí aportados.</p>		
Firma:.....		
Aclaración: ..... Fecha:...../...../.....		