



Ficha de Inscripción
Información del Porrista



Nombre:	Edad:	Estatura:	Peso:
Dirección:			
Teléfono:	Celular:	Email:	
Persona encargada:	En caso de emergencia TEL:		
Institución que representa:	Año académico que cursa		
Nombre de Entrenador(a):	Tel:	Firma:	

Información Personal:

Talla de Camiseta: _____

¿Eres alérgico a algún medicamento? ¿Cuál(es)? _____.

¿Estas bajo alguna medicación? ¿Cuál(es)? _____.

Nombre y teléfono de tu doctor _____.

¿Posee Seguro Estudiantil? _____.

Póliza: _____.

Información Adicional: (Marque con "X")

	SI	NO		SI	NO
Problemas o condiciones cardiacas	___	___	Asma	___	___
Diabetes	___	___	Alérgico a insecticidas	___	___
Sufre de convulsiones	___	___	Otro (indique) _____		

Firma de porrista: _____ **Fecha:** _____

Firma de Persona Encargada: _____
(En caso de menores de 18 años)

Como director(a) de la institución, doy fe que el/la Porrista es alumno(a) activo(a) de la Institución.

Firma y sello del Director(a) de la Institución _____