

CARNET N°:

FICHA DE INSCRIPCIÓN EN ACTIVIDADES DE RECREACIÓN Y DEPORTES, EN LA SEDE RAMSAY DE LA AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD, PARA ASISTENTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EN CASO DE ASISTIR A MÁS DE UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DEBE PRESENTARSE UNA FICHA POR CADA UNA.

¿ES LA PROPIA PERSONA CON DISCAPACIDAD QUIEN SOLICITA LA ASISTENCIA QUE USTED BRINDA? SI/NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿TIENE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INDICACIÓN MÉDICA Y/O DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE RECOMIENDE ASISTENCIA? SI/NO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ En caso afirmativo, adjunte fotocopia.

¿QUÉ ASISTENCIA REQUIERE LA PERSONA?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMPLETAR APELLIDO, NOMBRE, DNI Y FIRMA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD A LA QUE ASISTE:

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de ser necesaria la firma de madre, padre, o representante legal:

FIRMA DE MADRE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración de nombre, apellido y vínculo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A CONTINUACIÓN, COMPLETE SUS PROPIOS DATOS:

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO: / / TIPO/Nº DOCUMENTO:

DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C. POSTAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCALIDAD:

TELÉFONO: EMAIL:

MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS LOGRADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OCUPACIÓN:

OBRA SOCIAL: Nº AFILIADO:

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALÉRGICO: SI / NO:\_\_\_\_\_\_\_A QUÉ:

MEDICACIÓN: DOSIS:

MÉDICO TRATANTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA, NOTIFICAR A:

1- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CENTRO ASISTENCIAL AL QUE DEBE SER DERIVADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y aclaración de personal que recepciona:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Video reapertura de las actividades recreativas, deportivas y físicas de la ANDIS

