

## 7. FICHA ÚNICA DE PARTICIPACIÓN DEL DEPORTISTA - FUPD JDE 2023

DEPORTE:

### ANTECEDENTES PERSONALES:

Nombre completo \_\_\_\_\_

Nombre Social (si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Con que genero te identificas? (*marque con una X*)

Femenino \_\_\_ No Binario \_\_\_ Otro \_\_\_

Masculino \_\_\_ Prefiero no responder \_\_\_

Género que registra la cédula de identificación:

Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso Corporal: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Alérgico(a): SI / NO Alérgico a: \_\_\_\_\_

Enfermedades Crónicas: SI \_\_\_ NO \_\_\_ (*marque con una X*)

¿Cuál?: \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Posee tratamiento Psiquiátrico? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Indicar diagnóstico \_\_\_\_\_ Medicamentos Psiquiátricos SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_ Dosis y horarios \_\_\_\_\_

Dirección Particular: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Fono: +56 9 \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

¿Pertenece a algún pueblo originario?: SI / NO (marque con una X) ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

Talla de Ropa: XS / S / M / L / XL / XXL (marque con una X)

### **DATOS DE REPRESENTACIÓN**

Señale la dependencia del establecimiento al que representa en la competencia (marque con una x):

Municipal: \_\_\_\_\_ Particular subvencionado: \_\_\_\_\_ Particular pagado: \_\_\_\_\_

Nombre de la institución a la cual representa en la competencia:

\_\_\_\_\_

¿Está inscrito en algún club deportivo? SI / NO (marque con una X)

Si la respuesta es SI, mencione el nombre del club: \_\_\_\_\_

¿Forma parte de PROMESAS CHILE?: SI / NO (marque con una X)

#### **EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO: +56 9 \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

PARENTEZCO / RELACIÓN \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO DE SALUD COMPATIBLE

El médico que suscribe, certifica que: El (la) deportista identificado(a) en la presente ficha se encuentra:

NOMBRE DEPORTISTA: \_\_\_\_\_

Apto(a):

No apto(a):

Para practicar actividades físicas y/o deportivas competitivas.

Nombre Médico: \_\_\_\_\_

RUT Médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre

## AUTORIZACIÓN PADRES O APODERADO(A) Y DERECHOS DE IMAGEN

Yo: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

madre, padre o apoderado de quien se encuentra identificado(a) en la presente ficha, autorizo su participación en los Juegos Deportivos Escolares en sus distintas etapas y en el Sudamericano Escolar, que cuentan con el respaldo del Instituto Nacional de Deportes. Además, dejo constancia ceder los derechos de imagen al IND en caso de que mi hijo(a) o pupilo sea fotografiado o captado en video durante el desarrollo de la competencia.

Firma: \_\_\_\_\_

## CERTIFICADO DE PERTENENCIA ESCOLAR

Yo, \_\_\_\_\_,

en mi calidad de director/a de la institución

denominada \_\_\_\_\_,

certifico que el/la estudiante

\_\_\_\_\_,

pertenece a este establecimiento educacional.

Firma y timbre: \_\_\_\_\_