

## FICHA DE REGISTRO

Indicaciones: Favor de llenar con letra de molde legible y marque con una "X" los espacios correspondientes.

Tipo de Actividad		Fecha de Participación	Día	Mes	Año
-------------------	--	------------------------	-----	-----	-----

### Datos personales del Participante

Nombre Completo		Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año
Dirección		Colonia			
Ciudad		Estado		País	
Código Postal		Nacionalidad		Teléfono	
Sexo	M      F	Talla	S      M      L      XL      XXL		
Peso		Estatura		Cintura	

### Información del Padre o Tutor (en caso de ser menor de 18 años de edad)

Nombre Completo					
Dirección			Colonia		
Ciudad		Estado		País	C.P.
Correo Electrónico				Teléfono Emergencias	

### Comentarios Médicos

Tipo de Sangre:

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas? Seleccione y por favor especifique el tipo, medicamento utilizado(s), dosis, etc.

Alergias	SI	NO	Especifique		Diabetes	SI	NO	
Problemas de Corazón	SI	NO	Especifique		Todas las Vacunas	SI	NO	
Limitaciones Físicas	SI	NO	Especifique		Antitetánica	SI	NO	
Limitaciones Mentales	SI	NO	Especifique		Otras Enfermedades	SI	NO	Indicar en Observaciones
Medicación Actual	SI	NO	Especifique		Alimentación Especial			
Problemas de Espalda	SI	NO	Especifique		Observaciones:			
Problemas de Rodillas	SI	NO	Especifique					
Problemas de Tobillos	SI	NO	Especifique					

### Contacto en caso de emergencia

Nombre Completo		Parentesco	
Dirección			
Teléfonos			
Médico		Teléfonos	

### Datos de la Póliza de Seguro de Gastos Médicos del Participante:

Estoy asegurado(a)		Compañía Aseguradora	
Titular de la Póliza		Número de Póliza	
Tipo de Póliza			
Agente		Teléfono	

Manifiesto que he contestado con honestidad y de forma completa las preguntas hechas, en caso de no ser así, deslindo de toda responsabilidad civil o penal a Extreme Team y sus representantes legales.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (+18), Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante (+18), Padre o Tutor