



INSCRIPCIÓN

ANTES DE COMPLETAR LA HOJA DE INSCRIPCIÓN LEA Y APRUEBE LAS NORMAS Y NO SE OLVIDE DE RELLENAR LA INFORMACIÓN MEDICA.

Nº SOCIO

APELLIDOS \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

POBLACION \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

TELEFONOS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA \_\_\_\_\_ FECHA DE BAJA \_\_\_\_\_

FEDERADO SI  NO

CLUB \_\_\_\_\_

MOD.SEGURO \_\_\_\_\_

El abajo firmante solicita la inscripción en el Club d'esports de Muntanya i Escalada Coves Muntanyes i Barrancs habiendo leído y aceptando sus normas internas que se adjuntan.

Fdo.: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

En caso de emergencia informar a: Nombres.....

Teléfonos: ..... Relación que lo vincula: Familiar  Laboral  Otra

Grupo sanguíneo y factor RH del participante:.....

Alergia a alimentos: No  Sí  Detallar.....

Alergia a medicamentos: No  Sí  Detallar.....

Alergia a insectos: No  Sí  Detallar.....

Diabetes. No  Sí  Tipo..... Luxaciones: No  Sí  Detallar.....

Problemas de Columna: No  Sí  Detallar.....

Problemas en vías respiratorias: No  Sí  Detallar.....

Afecciones cardiacas: No  Sí  Detallar.....

Hipertensión: No  Sí  Controlada sin medicamentos  Controlada con medicamentos

Medicación p/ hipertensión: .....

Convulsiones: No  Sí  Fecha última convulsión..... Medicación.....

Edema pulmonar en altura: No  Sí  Fecha..... Edema cerebral en altura: No  Sí

Fecha.....

¿Se encuentra bajo tratamiento médico?: No  Sí  ¿Está tomando algún medicamento?: No  Sí

Especifique medicamentos: .....

Máxima altura caminando en montaña: ..... Mts. Fecha última vacuna antitetánica: .....

Estado de salud general: Muy bueno  Bueno  Regular  Malo

Más información: