



CLUB CICLO SPRINTERS

clubciclosprinters@gmail.com

<https://ciclosprinters.weebly.com/>

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

FECHA DE INSCRIPCIÓN:

DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA	MES	AÑO

EDAD:

CATEGORIA

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

BARRIO: _____

TELÉFONO: _____

CELULAR: _____

EMAIL: _____

FORMACIÓN ACADÉMICA:

PRIMARIA

SECUNDARIA

TÉCNICO

OTROS

INFORMACIÓN CLÍNICA

SEGURO MÉDICO:

SISBEN

NUEVA EPS

EPS

RH

ENTIDAD: _____

ENFERMEDAD (ES) QUE ESTE CURSANDO EN ESTE MOMENTO: _____

SI	NO

TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: _____

SI	NO

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: _____

SI	NO

OBSERVACIONES: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (Datos Familiares)

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

TELÉFONO Y CELULAR ADICIONAL EN CASO DE EMERGENCIA: _____

VIENE DE OTRO CLUB/ASOCIACIÓN:

SI
NO

TALLA UNIFORME: _____

LICENCIA No. _____

FIRMA DEL ASPIRANTE: _____

C.C. No. _____

