



FEDERACION DE HOCKEY DEL SUDOESTE BONAERENSE

Fundada en el año 2002. Personería Jurídica: Legajo 237540 del 27/04/2018

Asociada a la FBH y la CAH desde el año 2010

Av. Mitre N° 166 – Pigüé – Provincia de Buenos Aires

ahs.secretaria@gmail.com - www.hockeydelsudoeste.com.ar

EVALUACIÓN PRE COMPETITIVA 2022

Nombre y Apellido: Ficha:

Fecha de Nacimiento: DNI:

Dirección:

Tel: Tel. Alternativo:

Dirección de E-Mail:

Grupo Sanguíneo: Cobertura Médica:

División en que juega: Posición en que juega:

Altura: Peso:

Club:

¿Fue operado en los últimos 4 meses? SI / NO ¿Toma regularmente alguna medicación? SI / NO

¿Estuvo internado en el último año? SI / NO ¿Sufre de hormigueos en las manos? SI / NO

¿Es diabético? SI / NO

¿Es asmático? SI / NO

¿Es alérgico? SI / NO

¿Tiene desviación de columna? SI / NO

¿Tiene antecedentes de epilepsia o convulsiones? SI / NO

¿Tiene dolores articulares? SI / NO

¿Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos? SI / NO

¿Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses? SI / NO

¿Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos? SI / NO

¿Ha tenido traumatismos de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses? SI / NO

¿Alguna vez sintió dolor en el pecho al realizar ejercicios físicos o inmediatamente después? SI / NO

¿Alguna vez perdió el conocimiento al realizar ejercicios físicos o inmediatamente después? SI / NO

¿Le han detectado alguna vez presión arterial alta? SI / NO

¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años? SI / NO

¿Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca? SI / NO

¿Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco? SI / NO

ADJUNTAR APTO MÉDICO.

Fecha

Firma del jugador o Firma y aclaración del padre, madre o tutor, si es menor a 18 años
(anverso)

CONSENTIMIENTO (PARA JUGADORES MAYORES DE 18 AÑOS)

Yo, DNI N°
acepto integrar equipos representativos de para actuar como
jugador/a en los entrenamientos del seleccionado que me corresponda y realizar todas las actividades
relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida en el
anverso del presente.

Fecha

Firma

AUTORIZACION PARA JUGADORES MENORES DE 18 AÑOS

Yo, , en mi carácter de
AUTORIZO a , DNI N° a
integrar equipos representativos de tanto para
actuar como jugador/a en los entrenamientos del seleccionado que le corresponda y realizar todas las
actividades relacionadas con tal participación, responsabilizándome por la veracidad de la información vertida
en el anverso del presente.

Fecha

Firma

AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Quien suscribe.....en carácter de
..... de la Institución a la que represento, dejo constancia que la
jugadora, DNI....., convocada por
la FHSB para la selección del equipo de categoría SUB 14 - SUB 16 – SUB 18 - MAYORES, forma parte del
listado de buena fe presentado para participar de Torneos de la FHSB 2022. En conocimiento del Reglamento
de Torneo vigente, se la autoriza a integrar equipos representativos de tanto para actuar como jugador titular
y/o suplente y realizar todas las actividades relacionadas con tal participación.

.....

FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION

(reverso)