



Instituto Municipal de Deportes y Recreación de La Estrella "INDERE" - NIT: 800.003.935-7

Código: 421.16.01

Versión: 1

F. Aprobación: 13-10-2016

INFORMACIÓN PERSONAL

Programas en el que Participa:

Grado de Exigencia del Programa:

Numero de Días que hace Deporte: Numero de Horas por Día:

Nombres y Apellidos Completos:

Nacimiento en: el Día: Mes: Año:

Edad: Años Etnia: ; Afrod.: ; Mestizo: Indígena:

Documento de Identidad: C.C. T.I. R.C. Nro:

Estado Civil: Grupo Sanguíneo:

Barrio de Residencia:

FICHA No.

Dirección Residencia:

Municipio de Residencia: Estrato Socioeconómico:

Telefono Residencia: Telefono Alternativo: Telefono Celular:

Correo Electrónico:

Ocupación: Estudiante Empleado: Desempleado: Otro:

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Empresa donde Trabaja:

Cargo Que Ocupa:

Jornada Laboral: Mañana: ; Tarde: ; Diurno: ; Nocturno:

Telefono Empresa donde trabaja:

INFORMACIÓN ACADEMICA

Institución Donde Cursa Estudios:

Programa Que Estudia: Grado- Semestre:

Jornada de Estudio: Mañana: ; Tarde: ; Diurno: ; Nocturno: ; Sabatino:

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Seguridad Social o EPS:

Lugar De Atención Regular: Telefono:

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre y Apellido Padre:

Ocupación Padre: Estatura:

Telefono Residencia Padre:

Nombre de la Empresa Padre:

Teléfono Empresa Padre:

Vive con el Usuario SI: NO:

Nombre y Apellido Madre:

Ocupación Madre: Estatura:

Telefono Residencia Madre:

Nombre de la Empresa Madre:

Teléfono Empresa Madre:

Vive con el Usuario SI: NO:

Nombre y Apellido Acudiente:

Teléfono Acudiente: Parentesco:

INFORMACIÓN DEPORTIVA

Año de Ingreso al INDERE: Años Como Deportista: Categoría Actual:

Club, Escuela o Equipo al cual pertenece:

Torneo competencia Actual:

Torneos o competencias anteriores:

Logro deportivo más destacado:

Participación en seleccionados departamentales o Nacionales:

Nombre del Entrenador:

ANTECEDENTES CLINICOS - ANAMNESIS

Peso: Estatura:

Enfermedades Sufridas: Cirugías:

Alergias: Traumas Físicos:

Enfermedades Hereditarias - Madre: Padre:

IMC: Frec. Card. Basal: Frec. Cardiaca Maxima: Lateralidad Dominante:

Presión Arterial Sistólica: Presión Arterial Diastólica:

Tiene algún tipo de Discapacidad: Cual:

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Dos (2) Fotos (3x4); Copia del Documento de Identidad; Copia de la E.P.S.; y Dos Mil Quinientos Pesos (\$2.500)

En caso de realizar pago de semestre o mensualidad, Consignar al INDERE, Cuentas No.:

- CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA: No. 24341854004

- CUENTA DE AHORRO CREAMCOOP: No. 45157

MAYORES INFORMES AL TELEFONO: 279 00 46 - INDERE