

Fecha:	Apellido:	Años:
Nadador : SÍ NO	Piscina:	
LMT: SÍ NO	Hora:	
GO2: SÍ NO		
Voluntario: SÍ NO		

Great Opportunities
30986 Calle San Diego, San Juan Capistrano, CA 92675
Correo electrónico: info@greatopps.org

**GREAT OPPORTUNITIES
PARTICIPE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y INFORMACIÓN MÉDICA**

Por favor imprime claramente

Nombre de los participantes: (Primero, MI, Apellido)	Fecha de nacimiento:	Años:
Dirección:		
Teléfono de casa #:	Género: Masculino: _____ Femenino: _____	
Email:	Grado en:	

MÉDICO O CLÍNICA (Por favor, imprima con claridad)

Nombre del médico:	Nombre de la instalación:
Teléfono de oficina #:	

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Compañía de portadores:	Política / Número médico:
Teléfono de oficina #:	Número de fax:

**** Adjunte una fotocopia de la tarjeta y / o etiqueta médica ****

<p align="center">HISTORIA DE SALUD</p> <p>(Por favor, enumere las restricciones de salud que necesitamos saber)</p> <p>Comentarios / Restricciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p align="center">LISTA DE TODAS LAS ALERGIAS:</p> <p>Comida: _____</p> <p>Medicina: _____</p> <p>Otro: _____</p> <p align="center">LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMEN EN ESTE MOMENTO</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre del padre / tutor:	Nombre / relación:
Dirección:	Dirección:
Teléfono de casa #:	Teléfono de casa #:
Teléfono celular #:	Teléfono celular #:
Correo electrónico (adicional):	Email:

Firma del padre y / o tutor

Fecha