

APELLIDOS : NOMBRES:

DOCUMENTO: PAIS: FECHA NACIMIENTO...../...../.....

RH: DEPARTAMENTO: CIUDAD:

EPS: CEL: MAIL:

PROFESION: DIRECCION RESIDENCIA:

EN CASO DE URGENCIA INFORMAR A: CEL:

EN CASO DE URGENCIA INFORMAR A: CEL:

NOMBRE DEL EQUIPO:

NICK NAME: NOMBRE CAPITAN EQUIPO:

PAGINA WEB DEL EQUIPO: MAIL:

ASALTO SOPORTE MEDICO TIRADOR SELECTO FRANCO TIRADOR

RELACION DE REPLICAS

TIPO	MARCA Y MODELO	CALIBRE	NO. DE SERIE

Por favor relacione a continuacion, si usted a cursado algun curso o si tiene alguna experiencia certificada en actividades como por ejemplo: Cursos de altura, Cursos de Rappel, Primeros Auxilios, Paracaidismo, etc...

ENFERMEDADES QUE PADECE O A LAS QUE ES PROPENSO.

HISTORIAL CLÍNICO

Asma	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>
Resfrío	<input type="checkbox"/>
Afecciones del oído	<input type="checkbox"/>
Afecciones de la nariz ..	<input type="checkbox"/>
Afecciones de los ojos ..	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>
Constipación	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>

Es Alérgico a:

Comidas	<input type="checkbox"/>
Picaduras de insectos	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Polvo, polen	<input type="checkbox"/>
Antibióticos	<input type="checkbox"/>
Plumas	<input type="checkbox"/>

Otros:.....

Recomendación, toda persona que sufra de alguna afeccion o alergias, deberá entrar al campo con el medicamento correspondiente.

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? (Informe en este cuadro si es insulina dependiente)

¿Sigue algún tratamiento? ¿Cuál?

¿Tiene problemas de quemaduras por exposición al sol? Si / No

¿ Régimen especial alimenticio (médico) ¿Cuál?:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR EL PRESENTE RECONOZCO MI CARÁCTER DE OPERADOR EN LA REALIZACIÓN DE LAS PARTIDAS DE AIRSOFT EN LAS CUALES PARTICIPE Y EL CONOCIMIENTO DE TODOS LOS PELIGROS QUE IMPLICA EL ENTORNO NATURAL DEL DEPORTE Y LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD PARA MI SALUD.

ENTIENDO TODOS LOS RIESGOS INHERENTES A LA PRACTICA DEL AIRSOFT Y ASUMO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EN CASO DE SUFRIR LESIONES, ENFERMEDADES O DE PONER EN PELIGRO LA VIDA, COMPROMETIÉNDOME EN TODO MOMENTO A OBSERVAR Y CUMPLIR LAS RECOMENDACIONES DESTINADAS A REDUCIR LOS RIESGOS AL MÍNIMO POSIBLE.

SOY RESPONSABLE, CONJUNTAMENTE CON LOS COORDINADORES DE CADA EVENTO, DE CUMPLIR Y HACER CUMPLIR TODAS LAS MEDIDAS PRECAUTORIAS POSIBLES PARA EL DESARROLLO DE UNA PRACTICA SEGURA DEL AIRSOFT.

LIBERO DE FORMA ABSOLUTA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL A LA FEDERACION COLOMBIANA DE AIRSOFT, A LOS COORDINADORES, PROPIETARIOS DE LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD, EQUIPOS CONSTITUIDOS, OPERADORES Y COLABORADORES POR LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE PUEDA SUFRIR SOBRE MI PERSONA POR LA PRACTICA DE ESTA ACTIVIDAD.

CONFIRMO QUE HE LEÍDO Y POR MEDIO DEL PRESENTE ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL REGLAMENTO Y LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA FEDERACION COLOMBIANA DE AIRSOFT.

APELLIDOS Y NOMBRES: FECHA:/...../.....

DOCUMENTO NO:

FIRMA: