

## 7. FICHA ÚNICA DE PARTICIPACIÓN DEL DEPORTISTA – FUPD JDE 2022

DEPORTE: \_\_\_\_\_

CATEGORÍA: \_\_\_\_\_

### I. ANTECEDENTES PERSONALES

1) Nombre completo: \_\_\_\_\_

2) R.U.T.: \_\_\_\_\_

Estatura (Cm): \_\_\_\_\_

Peso (Kg): \_\_\_\_\_

3) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Alérgico(a) (marcar respuesta con una **X**):                      SÍ      /      NO

Descripción de la alergia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) Dirección particular: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_

5) Fono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

6) Talla de ropa (marcar respuesta con una **X**):

XS    /    S    /    M    /    L    /    XL    /    XXL

## II. DATOS DE REPRESENTACIÓN

1. Señale la dependencia del establecimiento al que representa en la competencia (*marque con una X*):

Municipal: \_\_\_\_\_

Particular Subvencionado: \_\_\_\_\_

Particular Pagado: \_\_\_\_\_

2. Nombre de la Institución a la que representa

---

3. Nombre de la institución a la cual representa en la competencia

---

## III) EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

Nombre: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### IV. CERTIFICADO DE SALUD COMPATIBLE:

El médico que suscribe, certifica que: El (la) deportista identificado (a) en la presente ficha se encuentra:

*Apto(a) / No Apto(a) para practicar actividad físicas y/o deportivas competitivas.*

Nombre Médico: \_\_\_\_\_

R.U.T Médico: \_\_\_\_\_

Firma-timbre médico o

institución de salud que certifica: \_\_\_\_\_

#### V. AUTORIZACIÓN PADRES O APODERADO(A) Y DERECHOS DE IMAGEN / CONTROL DE DOPAJE

Yo, \_\_\_\_\_ R.U.T. \_\_\_\_\_

Madre, padre o apoderado de quién se encuentra identificado(a) en la presente ficha, autorizo su participación en los Juegos Deportivos Escolares en sus distintas etapas y del Sudamericano Escolar., que cuentan con el respaldo del Instituto Nacional de Deportes. Además, dejo constancia ceder los derechos de imagen al IND en caso de que mi hijo(a) o pupilo sea fotografiado o captado en video durante el desarrollo de la competencia.

Por último, autorizo a que se le apliquen controles aplicados por la Comisión Nacional Antidopaje.

\_\_\_\_\_

Firma Apoderada/o

\_\_\_\_\_

Rut Apoderada/o



## VI. CERTIFICADO DE PERTENENCIA

Yo, \_\_\_\_\_ representante legal de la institución denominada  
, certifico que \_\_\_\_\_ pertenece a este establecimiento educacional.

Fecha: \_\_/\_\_/2022

Timbre de representante legal: \_\_\_\_\_