



FORMULARIO DE DATOS DEL ALUMNO ESCUELA DE GOLF 2024

Para poder inscribir a su hijo en la Escuela de Golf, es necesario completar este formulario y luego enviarlo por email a: elpasogolf@gmail.com o presentarlo personalmente en la secretaría deportiva.

Información del Menor

| | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------|-------------|------|
| Apellido/s: | | | | Foto |
| Nombre/s: | | | | |
| Nacionalidad: | | DNI: | | |
| Fecha Nac.: | | Edad: | | |
| Domicilio: | | | | |
| Ciudad: | | Cód. Postal: | | |
| Provincia: | | País: | | |
| Tel. Celular: | | Tel. Part.: | | |
| E-mail: | | | | |
| Colegio: | | Grado: | | |
| Grupo Sanguíneo: | | Obra Social: | Nº Afiliado | |
| Alergias: | | | | |
| Sanatorio: | | Serv. Emergencia: | | |
| Comentario médico de interés: | | | | |
| Médico: | | Cel: | | |
| Experiencia en Golf: | | Hándicap: | Matrícula: | |



Información de los Padres o Tutor:

| | | | |
|------------------------------|--|------------------|--|
| Apellido y Nombre del Padre: | | | |
| Nacionalidad: | | DNI: | |
| Fecha Nac.: | | Edad: | |
| Domicilio: | | Profesión: | |
| Ciudad: | | Cód. Postal: | |
| Provincia: | | País: | |
| Tel. Celular: | | Tel. Particular: | |
| Tel. Laboral: | | e-mail: | |

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| Apellido de soltera y Nombre de la Madre: | | | |
| Nacionalidad: | | DNI: | |
| Fecha Nac.: | | Edad: | |
| Domicilio: | | Profesión: | |
| Ciudad: | | Cód. Postal: | |
| Provincia: | | País: | |
| Tel. Celular: | | Tel. Particular: | |
| Tel. Laboral: | | e-mail: | |

En caso de no poder comunicarnos con el Padre, Madre o tutor, llamar a:

| | | | |
|--------------------|--|------|--|
| Apellido y Nombre: | | Tel: | |
|--------------------|--|------|--|

Personas autorizadas a llevar y retirar el menor:

| | | | |
|--------------------|--|------|--|
| Apellido y Nombre: | | Tel: | |
| Apellido y Nombre: | | Tel: | |

| | |
|-----------------|-------------------|
| | |
| Firma del Padre | Firma de la Madre |