



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREATIVAS**



**CLÍNICA INFANTIL Y JUVENIL DE TIRO CON ARCO 2015**

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Apellido Paterno     | Apellido Materno     | Nombre (s)           | Folio:               |

|                      |                      |   |                                 |
|----------------------|----------------------|---|---------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Categoría: <input type="text"/> |
| Fecha de nacimiento  | Edad                 |   |                                 |

|                      |                      |                      |                         |
|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>    |
| Estatura             | Peso                 | Tipo de Sangre       | Alergias o Enfermedades |

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre de la madre   | Teléfono             | E-mail               |

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre del padre     | Teléfono             | E-mail               |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Calle y No.          | Colonia              |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Delegación           | C. P.                |

|   |                                    |                                    |                            |
|---|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Universitario: <input type="checkbox"/> | Egresado: <input type="checkbox"/> | Externos: <input type="checkbox"/> | Talla <input type="text"/> |
|---|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|

Personas autorizadas para recoger al niño. Se puede retirar solo: Si  No

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre completo      | Parentesco           |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre completo      | Parentesco           |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nombre completo      | Parentesco           |

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



**CLÍNICA INFANTIL Y JUVENIL DE TIRO CON ARCO 2015**

|                      |                      |                      |                                 |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Categoría: <input type="text"/> |
| Apellido Paterno     | Apellido Materno     | Nombre (s)           | Folio: <input type="text"/>     |