

Planilla de Inscripción “**DOCENTE ASESOR**” - Edición 2018

ESCUELA _____
DOMICILIO _____
TELEFONO _____ e-mail: _____
LOCALIDAD _____ **C.P.** _____ **DEPARTAMENTO** _____

Docente Asesor

NOMBRE Y APELLIDO _____ **D.N.I.** _____
DOMICILIO _____
LOCALIDAD _____ **C.P.** _____ **DEPARTAMENTO** _____
TELEFONO _____ e-mail: _____
CELULAR _____

Información adicional

¿Padece alguna enfermedad crónica? **SI** **NO** ¿Cuál?

¿Recibe alguna medicación? **SI** **NO** ¿Cuál?

¿Es alérgico/a algún medicamento? **SI** **NO** ¿Cuál?

¿Tiene inconvenientes con algún alimento o se encuentra desarrollando alguna dieta en particular?
SI **NO** ¿Cuál?

¿Padece alguna fobia? **SI** **NO** ¿Cuál?

¿Alguna otra observación a tener en cuenta?

GRUPO SANGUINEO: Tipo Factor

En caso de emergencia o inconveniente, comunicarse con
 al número telefónico o, en su defecto, al teléfono alternativo de (en caso de
 ser posible en la ciudad de Paraná) (grado de parentesco o relación)

.....
 Fecha

.....
 Firma y Aclaración