

## Planilla de Inscripción “DOCENTE ASESOR” - Edición 2017

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