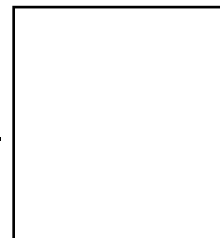


CLUB DEPORTIVO COMFAMILIAR HUILA

Fecha de ingreso: _____ Vinculación: _____

Modalidad Deportiva: _____



DATOS PERSONALES				
Nombre:		Apellidos:		
Documento Identificación: T.I. ____ C.C. ____		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento
Número: _____		Día	Mes	Año
Lugar expedición: _____				
Dirección y ciudad:		Teléfonos de Contacto		Correo Electrónico
Barrio:		Fijo:		
		Celular:		
Edad actual:	Peso:	Estatura:	E.P.S: _____	
Talla uniforme:				

ANTECEDENTES MÉDICOS		
Sufre de alergias? Si ___ No ___ Cuál? _____	Toma medicamentos? Si ___ No ___ Cuál? _____	Intervenciones quirúrgicas? Si ___ No ___ Cuál? _____
Enfermedades actuales? Si ___ No ___ Cuál? _____	Tiene lesiones de algún tipo? Si ___ No ___ Cuál? _____	Sufre de asma? Si ___ No ___ Cuál? _____
Grupo sanguíneo RH:	Recomendación médica especial? Si ___ No ___ Cuál? _____	

DATOS DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE LEGAL		
Parentesco / Relación:	Padre ____	Madre ____ Representante Legal ____
Nombre:		Apellidos:
Identificación:	Dirección y Ciudad:	
Correo Electrónico:	Celular:	Teléfono Fijo:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

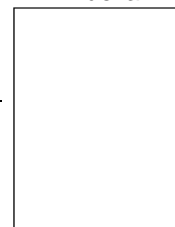
Al diligenciar este documento autorizo a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA – **COMFAMILIAR HUILA**, ubicada en calle 11 No. 5-63 de la ciudad de Neiva – Huila, y con teléfono de contacto PBX (608) 8664452, línea gratuita 018000918869, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, que se capturan en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento. Lo anterior para dar cumplimiento a las finalidades de informar, comunicar, organizar, controlar, atender, acreditar las actividades en relación a su condición de ALUMNO, enviar información por medios físicos y/o digitales, conocidos o por conocerse acerca de campeonatos, eventos, promociones y ofertas comerciales relacionadas con la Escuela Deportiva, y demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.comfamiliarhuila.com, la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos son sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización.

Fecha: _____ Nombre completo: _____

Numero de documento: _____ Expedido en: _____

Firma de la Persona o Representante Legal que AUTORIZA

Huella



Nombre del Afiliado

Número de Documento

Categoría de Afiliación

REQUISITOS

- Una Fotografía 4x4
- Fotocopia de la tarjeta de identidad o registro civil
- Fotocopia de la cedula del padre afiliado

Firma Jefe de Producto de Deportes