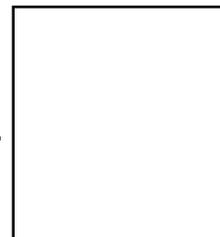


# CLUB DEPORTIVO COMFAMILIAR HUILA

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Vinculación: \_\_\_\_\_

Modalidad Deportiva: \_\_\_\_\_



## DATOS PERSONALES

Nombre:		Apellidos:			
Documento Identificación: T.I. ____ C.C. ____		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	Sexo
Número: _____		Día	Mes	Año	F   M
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**

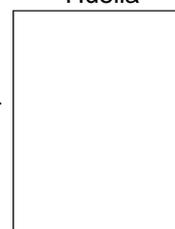
Al diligenciar este documento autorizo a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA – **COMFAMILIAR HUILA**, ubicada en calle 11 No. 5-63 de la ciudad de Neiva – Huila, y con teléfono de contacto PBX (608) 8664452, línea gratuita 018000918869, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis 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](http://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