



€ NUEVO € RENOVACIÓN € ACTUALIZACIÓN

Área	Código de delegación	Nombre de delegación	
€ Examen físico individual	€ MedFest®	€ Socio unificado (visitas médicas opcional)	€ Atletas jóvenes sanos

INFORMACIÓN DEL ATLETA	
Apellido	Nombre
Segundo Nombre	Apodo
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Género € Masculino € Femenino Color de ojos
Dirección	Ciudad/Estado/ZIP
Teléfono particular	Teléfono móvil
Correo Electrónico	Soy mi propio guardián. € Sí € No
Empleador	Ciudad/Estado del empleador
Deportes en los que al atleta le interesa participar:	
Contacto de emergencia (si es diferente del Padre/Tutor a continuación)	
Teléfono móvil	Relación con el Atleta

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR	
Relación con el Atleta	
Apellido	Nombre
Teléfono particular	Teléfono móvil
Dirección	

Apellido del atleta	Nombre del atleta
---------------------	-------------------

EVALUACIÓN MÉDICA ADICIONAL	
Nombre del examinador	Especialidad
He examinado a este atleta por los siguientes problemas médicos: Por favor describir.	
€ Sí € NO En mi opinión profesional, este atleta puede participar en los deportes de Special Olympics (consultar a continuación las restricciones o limitaciones).	
Notas adicionales del examinador licenciado:	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Correo Electrónico
Teléfono	Licencia

EVALUACIÓN MÉDICA ADICIONAL	
Nombre del examinador	Especialidad
He examinado a este atleta por los siguientes problemas médicos: Por favor describir.	
€ Sí € NO En mi opinión profesional, este atleta puede participar en los deportes de Special Olympics (consultar a continuación las restricciones o limitaciones).	
Notas adicionales del examinador licenciado:	
Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Correo Electrónico
Teléfono	Licencia

--	--