

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel. Celular: \_ \_ \_ \_ \_ Tel. fijo: \_ \_ \_ \_ \_

Tel. familiar/tutor/contacto: \_ \_ \_ \_ \_

Carrera: \_\_\_\_\_

**DATOS ACADÉMICOS**

Año que está cursando: \_\_\_\_\_

Cantidad de materias aprobadas: \_\_\_\_\_ Promedio: \_\_\_\_\_

**DATOS DE SALUD**

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna enfermedad crónica? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicación diariamente? SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Posee Obra Social?: SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Servicio de emergencia?: SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Posee movilidad propia? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Tipo de vehículo: Bicicleta \_\_\_ Moto \_\_\_ Auto \_\_\_

Firma y aclaración: