



FICHA DE EVALUACIÓN INICIAL

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

TELEFONO DE CONTACTO
E E-MAIL

¿REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA
CON REGULARIDAD?

DEPORTES PRACTICADOS CON
ANTERIORIDAD Y NIVEL ALCANZADO

¿ SE INICIA EN GIMNASIA RÍTMICA ?

¿ PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA,
LESIÓN O ENFERMEDAD ?

¿ TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN ?

EN CASO AFIRMATIVO, ¿ PUEDE AFECTAR
EN LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ?

¿ PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿ PUEDE DESCRIBIR
ESTA PATOLOGÍA?

Yo D.^a _____ padre/ madre / tutor, o el propio alumno en caso de ser mayor de edad, de el/la gimnasta mencionado, confirmo que los datos cedidos con anterioridad son reales y que no omito ningún dato relevante que el técnico deportivo deba tener en conocimiento, para la práctica saludable de la actividad. FIRMADO :