

**Foto**

**DIRECCIÓN DE FORMACIÓN Y BIENESTAR UNIVERSITARIO**  
**COORDINACIÓN DEPORTIVA**  
**FORMATO ÚNICO DEL DEPORTISTA LASALLISTA**  
**2017**

**Datos del Deportista**

Fecha de Registro:

Nombre

CURP:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

**Domicilio**

Estado:

Ciudad:

Calle y Número:

Colonia:

Delegación o Municipio:

C.P.:

**DATOS ESCUELA**

ESCUELA:

GRUPO:

SEMESTRE

Deporte(s):

PORCENTAJE DE BECA DEPORTIVA: \_\_\_\_\_

**Información personal**

Peso:                                  kg.                                  Estatura:

Talla:

Calzado:

E-mail:

Teléfono:                                  CEL:

**Información Salud**

**ENTREGO CERTIFICADO MEDICO:    SI          NO          POR QUE?**

**Padece alguna enfermedad crónica degenerativa ?** (Diabetes, Hepatitis, Cardiopatías, asma,) **otros :**

Si No.          Cual :

**Esta lesionado actualmente?    Si No.          Que tipo de lesión:**

**FUMA:**    SI      NO                                  **TOMA BEBIDAS EMBRIAGANTES:**    SI      NO                                  **CON QUE FRECUENCIA:**

DIARIO                                  SEMANAL                                  MENSUAL

**Otro:**