



ASOCIACIÓN AERODEPORTIVA DE PARACAIDISMO DE LIMA

Ficha de datos del paracaidista

Nombres y apellidos:

Licencia (tipo, número): Fecha de expiración:

Documento de identidad:

Dirección:

Teléfono del domicilio: Teléfono celular:

Teléfono de centro laboral:

Dirección electrónica (e-mail):

Grupo de sangre y factor RH: Alergias:

.....

Enfermedades de importancia:

.....

Nombre de dos contactos para casos de emergencia:

Contacto 1:

Nombres y apellidos:

Parentesco o relación:

Dirección:

Teléfono del domicilio: Teléfono celular:

Teléfono de centro laboral:

Dirección electrónica (e-mail):

Contacto 2:

Nombres y apellidos:

Parentesco o relación:

Dirección:

Teléfono del domicilio: Teléfono celular:

Teléfono de centro laboral:

Dirección electrónica (e-mail):

Indique a cuál hospital o clínica debe ser llevado en caso de emergencia:

.....

Si cuenta con algún seguro de salud o para accidentes, indique cuál es:

.....

Indique si cubre accidentes de paracaidismo (SI o NO):