

# FICHA DE INSCRIPCIÓN

*elObrador*<sup>®</sup>  
ESCUELA DE ARTE CULINARIO

Inscríbete en 4 simples pasos



## PASO 1

Completar  
ficha de datos

## PASO 2

Completar  
ficha médica

## PASO 3

Reunir  
documentación

## PASO 4

Enviar por mail y  
aguardar contacto

### PASO 1

Completar con tus datos personales:

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

MAIL: \_\_\_\_\_ TELÉFONOS / CELULAR: \_\_\_\_\_

TÍTULO: SECUNDARIO / Terciario / UNIVERSITARIO. EMITIDO POR: \_\_\_\_\_

FAMILAR / AMIG@ DE CONTACTO (NOMBRE Y TEL): \_\_\_\_\_

### PASO 2

Completar la Ficha Médica.

**PÁGINA 2**

### PASO 3

Reunir y presentar la siguiente documentación (**también lo podés enviar por mail**)

- FOTOCOPIA DEL DNI**
- FOTO CARNET 4X4**

### PASO 4

Enviar por mail o presentar la documentación y aguardar nuestro contacto.

Tu inscripción será efectiva una vez presentada  
la documentación y abonada la cuota de marzo.



*elObrador*  
ESCUELA DE ARTE CULINARIO

Av. Belgrano 180, Barrio Belgrano  
S.C. de Bariloche - Río Negro - Argentina  
Tel. +54 294 443 6122  
info@elobradorescuela.com.ar  
[www.elobradorescuela.com.ar](http://www.elobradorescuela.com.ar)

# FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

CARRERA O ESPECIALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

OBRA SOCIAL | SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CENTRO DE SALUD EN EL QUE SE ATIENDE HABITUALMENTE: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LAS PERSONAS DE CONTACTO ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

1

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

2

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_

## DATOS MÉDICOS

Grupo y Factor sanguíneo:  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Problemas Cardíacos:  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Problemas respiratorios:  Sí  No ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Problemas de presión:  Sí  No ¿Presión alta o baja?  Alta  Baja

Es diabético:  Sí  No ¿Es insulino dependiente?  Sí  No

Toma medicamentos en forma regular:  Sí  No

Embarazo:  Sí  No ¿De cuántos meses? \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE

La información aportada por el alumno en esta ficha médica debe ser fidedigna y tendrá el carácter de declaración jurada.

.....  
FIRMA ALUMNO

.....  
ACLARACIÓN