

# VII GRAN PREMIO ARGENTINO HISTORICO



FORMULARIO MEDICO

Número de Automóvil

## PILOTO

Apellido:	
Nombre:	
Documento n°:	
Edad:	Fecha de Nac.: / /
Nacionalidad:	
Domicilio:	
Localidad:	C.P:
Teléfono por urgencias:	
Obra Social:	
Plan:	Socio n°:
Grupo Sanguineo:	Factor Sanguineo:
Alergias:	
Medicación Periodica:	
Enfermedades Pre Existentes:	
Antecedentes Personales:	
Firma	

## COPILOTO

Apellido:	
Nombre:	
Documento n°:	
Edad:	Fecha de Nac.: / /
Nacionalidad:	
Domicilio:	
Localidad:	C.P:
Teléfono por urgencias:	
Obra Social:	
Plan:	Socio n°:
Grupo Sanguineo:	Factor Sanguineo:
Alergias:	
Medicación Periodica:	
Enfermedades Pre Existentes:	
Antecedentes Personales:	
Firma	

Los arriba firmantes declaramos que los datos ingresados son veridicos.

