Información del Luchador

Nombre: _____

Nombre de los Padres: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Doctor: _____

Teléfono: _____

Seguro Médico: _____

Número de Seguro Médico: _____

Condiciones Médicas

_____

_____

_____