



NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI/NIE/PASAPORTE: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CP: _____

POBLACIÓN: _____ PROVINCIA: _____

ESTADO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ EMAIL: _____

EDAD: _____ ALTURA: _____ PESO: _____ COMPLEXION: _____

OJOS: _____ PELO: _____ SEXO: _____

CONDICIÓN SEXUAL: _____ ROL SEXUAL: _____

DISCAPACIDAD: _____ ¿Qué TIPO? _____

¿TE IMPORTA SI TU PAREJA TIENE DISCAPACIDAD? _____

¿HIJOS? _____ ¿Cuántos Y CON QUIEN VIVEN?: _____

¿QUIERES TENER HIJOS?: _____

¿TIENES MASCOTAS?: _____ ¿Cuántas?: _____

¿TE IMPORTA QUE TU PAREJA TENGA MASCOTAS?: _____

¿FUMAS?: _____ ¿TE IMPORTA QUE FUMEN?: _____

¿BEBES?: _____ ¿TE IMPORTA QUE BEBAN?: _____

¿CONSUMES DROGAS?: _____ ¿TE IMPORTA QUE CONSUMAN DROGAS?: _____

ALERGIAS: _____

AFICIONES Y VENTAJAS DE CARA A UNA RELACION : _____

DEFECTOS DE CARA A UNA RELACION: _____