



CLUB DEPORTIVO  
DE PUERTO SAJONIA

**TÉRMINO DE RESPONSABILIDAD - Mayor de Edad**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DEPORTISTA				
Nombre(s) y Apellido(s):				
Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad N°:	Socio N°	Sexo:	
/ /			F	M
Domicilio:		N° Tel:		
Localidad:		Región:		
Email:				
Caso de Urgencia comunicarse con:		Tel:		

OBSERVACIÓN: Estimado Deportista llenar todos los datos correctamente.

ADJUNTAR: - CERTIFICADO MÉDICO en el cual se certifica la condición física y mental para la práctica deportiva del socio (obligatoriamente debera poseer firma y sello del Doctor con N° de Registro Profesional). - FOTOCOPIA DE CEDULA DEL SOLICITANTE.

TÉRMINO DE RESPONSABILIDAD - Mayor de Edad
Yo, _____ con C.I. _____ por mi propio derecho declaro que estoy en perfectas condiciones de salud física y mental para la práctica deportiva de _____ (Deporte) en las instalaciones del Club. Además declaro conocer el reglamento del mismo, me comprometo a respetar y a acatar las disposiciones del mismo. Asumo toda responsabilidad de las lesiones que me pudiera ocurrir por el mal uso o manejo inapropiado de los aparatos, durante la práctica deportiva o contradiciendo las instrucciones de los Profesores encargados, deslindando de esta forma de toda responsabilidad al Club Deportivo de Puerto Sajonia y sus representantes, así como a los consocios a cargo de la administración del Departamento _____, demás socios, personal e instructores.
Fecha: / /20
Firma del Deportista: