



CLUB DEPORTIVO  
DE PUERTO SAJONIA

**TÉRMINO DE RESPONSABILIDAD - Menores de Edad**

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL DEPORTISTA			
Nombre(s) y Apellido(s):			
Fecha de Nacimiento:	Documento de Identidad N°:	Socio N°	Sexo:
/ /			F M
Nombre (s) y Apellido(s) de la Madre/ Padre o Tutor:			
Documento de Identidad N°:		N° Tel:	
Domicilio:			
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 y del PADREO O TUTOR.

AUTORIZACIÓN DE PADRES O TUTORES	
Yo: _____ con C.I. _____ padre/tutor del/la Deportista: _____ cuyos datos se detallan en el presente documento, autorizo al mismo/a a la práctica deportiva de _____ (Deporte) en las instalaciones del Club. Garantizo que desde mi conocimiento y creencia, mi hijo/a se encuentra física y mentalmente APTO/A para la práctica deportiva. Con mi aprobación, un médico ha examinado la salud de mi hijo/a y a certificado que no existe ninguna evidencia médica de enfermedad que pueda interferir en la práctica deportiva de mi hijo/a. También declaro conocer el reglamento del mismo, me comprometo a respetar y a hacer cumplir las disposiciones del mismo a mi hijo/a. Asumo toda responsabilidad de las lesiones que pudieran ocurrirle a mi hijo durante la práctica deportiva a la cual he autorizado, 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 :	Firma del Padre o Tutor :