



## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_

N° de Carnet \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Numero Cel: \_\_\_\_\_ N° Familiar en caso de urgencia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Modalidad a inscribirse: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguineo \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_ (Se debe respetar el horario elegido, a fin de mantener el mismo grupo)

### CUESTIONARIO PREVIO DE SALUD

1. ¿Padece usted de alguna enfermedad?

Si  No

En caso afirmativo, describalo brevemente:

\_\_\_\_\_

2. ¿Padece usted de alguna alergia?

Si  No

En caso afirmativo, describalo brevemente:

\_\_\_\_\_

3. ¿Es usted?

Asmático/a

Si  No

Epiléptico/a

Si  No

Diabético/a

Si  No

Fumador/a

Si  No

4. ¿Padece de anemia en la actualidad?

Si  No

Reconozco y acepto el reglamento interno del gimnasio, así como también dejo constancia que mi estado de salud me habilita y permite para realizar actividades físicas como ser: actividad física liviana y/o ejercicios aeróbicos y/o físico-culturismo.

Así también reconozco que en caso de realizar una reserva y no asistir, será pasible de amonestación. En caso de reincidencia, el Departamento de Gimnasio podrá suspender al socio de dicha disciplina.

Es obligatorio acudir a los entrenamientos con toallita personal y elementos de desinfección.

\_\_\_\_\_  
Firma



CLUB DEPORTIVO  
DE PUERTO SAJONIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

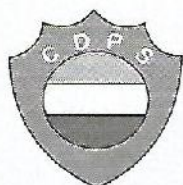
Yo....., con  
Cl....., de..... años de edad, con domicilio en las  
calles.....

.....de la ciudad de....., del  
Departamento.....

.....declaro que me han informado y explicado  
suficientemente los beneficios y posibles riesgos de la práctica de deportes. Entiendo que  
nos encontramos en el curso de una pandemia por COVID – 19, una enfermedad producida  
por un virus que se contagia de una persona a otra. Incluso personas que aparentan estar  
completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede tener  
complicaciones e inclusive provocar la muerte. Entiendo que ninguna persona puede estar  
segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que, aunque se  
tomen absolutamente todas las medidas recomendadas, no hay seguridad absoluta de que  
yo no me pueda enfermar. Para disminuir estos riesgos, los profesionales y todos los  
funcionarios que estén en contacto conmigo tomaran medidas de protección. Confirmando que  
toda la información que he proporcionado al recinto deportivo y sus colaboradores es  
completamente verdadera. Asisto voluntariamente a este recinto deportivo, y declaro que  
no he tenido signos/síntomas compatibles con COVID -19 en los últimos 14 días, Me  
encuentro sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria,  
fiebre, escalofríos, dolores musculares, perdida del olfato [anosmia] y/o perdida del  
gusto[disgeusia]. Así mismo, declaro que no he tenido contacto con personas sospechosas  
o confirmadas con COVID – 19. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis  
antecedentes clínicos actuales. Si llego a tener cualquiera de estas manifestaciones, o entrar  
en contacto con otra persona que las tuviere, me comprometo a avisar inmediatamente al  
personal del recinto deportivo.

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....



## 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:			
E-mail:					
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 practica deportiva del socio(obligatoriamente deberá poseer firma y sello del Doctor con N° de Registro Profesional).-  
FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL SOLICITANTE.

TERMINO 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 acatar las disposiciones del mismo. Asumo toda la 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:	