



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:	