



COMPLETAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA

APELLIDO Y NOMBRES

DNI

Nº SOCIO CLUB

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

TELÉFONO

CELULARES

E-MAIL

DOMICILIO

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
A	A	A	A	A	A

NORMAS DE CONVIVENCIA

* **PRESENTACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO** DE NO HACERLO, PARA INICIAR LA ACTIVIDAD. EN SU DEFECTO ENTRE LOS 15 Y 64 AÑOS DEBERAN FIRMAR EL CAF PARA PODER COMENZAR LA ACTIVIDAD Y A LA BREVEDAD PRESENTAR EL CERTIFICADO MEDICO. A PARTIR DE LOS 65 AÑOS PARA INICIAR LA ACTIVIDAD PRESENTAR OBLIGATORIAMENTE EL CERTIFICADO DE APTITUD FISICA.

* **INSCRIPCIÓN** SE ABONA AL INICIO DE CADA ACTIVIDAD DURANTE LA TEMPORADA.

* **LOS FERIADOS** NACIONALES O PASADOS A PUENTE NO SE RECUPERAN NI SE DESCUENTAN DEL ARANCEL.

* **ARANCELES** SE ABONAN POR ANTICIPADO DEL 1 AL 10 DEL MES EN CURSO EN SU TOTALIDAD. SOLO EN CASO DE INSCRIBIRSE INICIADO EL MES, ABONARA LO QUE UTILIZA. LOS ARANCELES PODRÁN SUFRIR MODIFICACIONES DURANTE LA TEMPORADA Y PASADO EL PERIODO DE PAGO SE IMPUTARA EL RECARGO CORRESPONDIENTE SIN EXCEPCION.

* **CLASES** 1 VEZ POR SEMANA (4 CLASES AL MES), 2 VECES POR SEMANA (8 CLASES AL MES), 3 VECES POR SEMANA (12 CLASES AL MES) Y 4 VECES POR SEMANA (16 CLASES AL MES). RESPETAR DÍAS Y HORARIOS DE CLASE. DE EXISTIR UNA CLASE EXTRA POR CALENDARIO ESE MES SE ABONARÁ EL ARANCEL CORRESPONDIENTE MÁS LAS MISMAS.

* **RECUPERACIÓN DE CLASES** SE RECUPERARÁ UNA CLASE DENTRO DEL MES EN CURSO Y SUJETO A QUÉ HAYA DISPONIBILIDAD. DEBERÁ ANUNCIAR LA AUSENCIA CON 24HS DE ANTICIPACIÓN.

* **CARNET** DEBE TENER LA FOTO CORRESPONDIENTE, ES LA UNICA FORMA DE CONTROLAR QUIEN INGRESA A LA INSTITUCION Y A LA ACTIVIDAD DE PILATES. PRESENTACIÓN OBLIGATORIA.

AL FIRMAR AL PIE DE PAGINA, USTED HA ACEPTADO LAS NORMAS DE CONVIVENCIA. **POR FAVOR CÚMPLALAS. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

DATOS DE INTERÉS

¿EXISTE ALGUNA DIFICULTAD FÍSICA QUE DEBAMOS CONOCER? (EJ. ENFERMEDAD CRÓNICA, DIABETES, LESIONES EN COLUMNA, ETC)

¿ACTUALMENTE ESTÁ REALIZANDO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO O TERAPIA?

¿ES ALÉRGICO? ¿A QUÉ?



DEJO CONSTANCIA DE CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA, ENCONTRANDOME EN PERFECTO ESTADO DE SALUD, SEGÚN CERTIFICADO MÉDICO ACOMPAÑADO. ME COMPROMETO A INFORMAR EN CASO CONTRARIO Y A PRESENTAR EL CERTIFICADO MÉDICO CORRESPONDIENTE QUE ME HABILITE A LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL ME INSCRIBO. CASO CONTRARIO EXIMO DE RESPONSABILIDAD EN FORMA TOTAL A LA ESCUELA HIPOCAMPO (DIPOTHAZE SRL) POR CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL ABAJO FIRMANTE.

.....			
FIRMA DEL TITULAR	ACLARACIÓN	Nº DE DOCUMENTO	FECHA

AUTORIZACION MENOR DE EDAD

DEJO CONSTANCIA DE CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA Y AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL LO HE INSCRIPTO. ASIMISMO, AUTORIZO AL PERSONAL DE LA ESCUELA HIPOCAMPO, A TOMAR LAS MEDIDAS QUE A SU CRITERIO JUZGUEN NECESARIAS PARA PRESERVAR LA INTEGRIDAD Y SALUD DE MI HIJO. EN CASO DE URGENCIA O FUERZA MAYOR, DEJO CONSTANCIA QUE EL MENOR AUTORIZADO POR EL QUE SUSCRIBE SE ENCUEN- TRA EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SEGÚN CERTIFICADO MÉDICO ACOMPAÑADO. ME COMPROMETO A INFORMAR EN CASO CONTRARIO A PRESENTAR EL CERTIFICADO MÉDICO CORRESPONDIENTE QUE LO HABILITE A LA REALIZACIÓN DE LA ACITIVDAD PARA LA CUAL SE INSCRIBE. CASO CONTRARIO, EXIMO DE RESPONSABILIDAD EN FORMA TOTAL A LA ESCUELA HIPOCAMPO (DIPOTHAZE SRL) POR CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL MENOR A MI CARGO.

.....			
FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR	ACLARACIÓN	Nº DE DOCUMENTO	FECHA