



COMPLETAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA

APELLIDO Y NOMBRES

DNI

Nº SOCIO CLUB

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

TELÉFONO

CELULARES

E-MAIL

DOMICILIO

ACTIVIDAD A REALIZAR

GRADO O SALA 2023

COLEGIO

| LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| A     | A      | A         | A      | A       | A      |

## NORMAS DE CONVIVENCIA (COMPLETAR CON ATENCIÓN)

\* **PRESENTACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO** EL MISMO DEBE SER PRESENTADO PARA INICIAR LA ACTIVIDAD O EN SU DEFECTO, PRESENTARLO A LA BREVEDAD. SERÁ OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN PARA LOS MAYORES DE 60 AÑOS. DE NO PRESENTARLO, DEBERÁ COMPLETAR UNA PLANILLA DE ANTECEDENTES DE SALUD (C.A.P.) MIENTRAS TRAMITA EL CERTIFICADO DE APTITUD FISICA.

\* **INSCRIPCIÓN** SE ABONA LA MISMA AL INICIO DE CADA ACTIVIDAD.

\* **ARANCELES** SUFRIRAN MODIFICACIONES DURANTE LA TEMPORADA. SE ABONA EN SU TOTALIDAD. SOLO EN EL CASO DE INSCRIBIRSE INICIADO EL MES ABONARÁ LO QUE UTILIZA.

\* **PAGO ARANCEL** LA CUOTA SE ABONA POR ANTICIPADO DEL 1 AL 10 DEL MES EN CURSO. PASADO ESTE PERIODO SE IMPUTARA EL RECARGO CORRESPONDIENTE SIN EXCEPCIÓN. EN CASO DE ADEUDAR UN MES COMPLETO NO PODRA INGRESAR A LA ACTIVIDAD.

\* **CLASES** 1 VEZ POR SEMANA (4 CLASES AL MES), 2 VECES POR SEMANA (8 CLASES AL MES) Y 3 VECES POR SEMANA (12 CLASES AL MES). RESPETAR DÍAS Y HORARIOS DE CLASE.

\* **RECUPERACIÓN DE CLASES** TENIENDO EN CUENTA QUE ALGUNOS MESES TIENEN MAYOR CANTIDAD DE CLASES QUE LAS QUE ABONAN, LA RECUPERACIÓN DE LAS MISMAS SERÁ SOLO CON PILETA LIBRE. SIN EXCEPCIÓN.

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

\* **PILETA LIBRE** LOS DISTINTOS ABONOS DE PILETA LIBRE TIENEN VALIDEZ SÓLO PARA EL MES EN CURSO. DE INSCRIBIRSE INICIADO EL MES ABONA LO QUE UTILIZA. RESPETAR LOS HORARIOS DE PILETA LIBRE. LOS MISMOS PUEDEN SER MODIFICADOS SIN PREVIO AVISO. CONTINUAMOS CON LA APLICACIÓN ONDEPOR.

\* **CARNET** DEBE TENER LA FOTO CORRESPONDIENTE SIN EXCEPCIÓN. PRESENTACIÓN OBLIGATORIA AL INGRESAR AL NATATORIO CON REVISACION MEDICA Y ARANCEL AL DIA.

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. ENFERMEDADES CRÓNICAS, PRESION ARTERIAL, CONVULSIONES, DIABETES, LESIONES EN COLUMNA, ETC) .....

¿ACTUALMENTE ESTÁ REALIZANDO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO O TERAPIA? .....

¿ES ALÉRGICO? ..... ¿A QUÉ? .....

### SOLO PARA ADULTOS ¿SABE NADAR?

SI SU RESPUESTA ES SI, CIRCULE SU NIVEL DE NADO: ✓ PRINCIPIANTE    ✓ INTERMEDIO    ✓ AVANZADO    ✓ ENTRENAMIENTO

SI SU RESPUESTA ES NO, CIRCULE SU RELACIÓN CON EL AGUA: ✓ NO METO LA CARA    ✓ METO LA CARA    ✓ ME ACUESTO

### SOLO PARA MENORES

CIRCULAR EL MAYOR RANGO DE APRENDIZAJE:

✓ METE LA CARA    ✓ SE ACUESTA    ✓ SE DESPLAZA NADANDO    ✓ FLOTA EN LO PRUNFOD    ✓ NADA VARIAS TECNICAS    ✓ EXPERIENCIA EN COMPETENCIAS

¿DESEA DEJAR ALGUNA OBSERVACIÓN? .....



DEJO CONSTANCIA DE CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA PARA LA UTILIZACIÓN DEL NATATORIO, ENCONTRANDOME EN PERFECTO ESTADO DE SALUD, SEGÚN CERTIFICADO MEDICO ACOMPAÑADO. ME COMPROMETO A INFORMAR EN CASO CONTRARIO Y A PRESENTAR EL CERTIFICADO MEDICO 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 (DIOPTHAZE SRL) POR CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL ABAJO FIRMANTE.

.....  
FIRMA DEL TITULAR

.....  
ACLARACIÓN

.....  
N° DE DOCUMENTO

.....  
FECHA

## AUTORIZACIÓN DEL PADRE

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 SE SUSCRIBE SE ENCUENTRA EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SEGÚN CERTIFICADO MEDICO ACOMPAÑADO. ME COMPROMETO A INFORMAR EN CASO CONTRARIO Y A PRESENTAR EL CERTIFICADO MEDICO CORRESPONDIENTE QUE LO HABILITE A LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL SE INSCRIBE CASO CONTRARIO EXIMO DE RESPONSABILIDAD EN FORMA TOTAL A LA ESCUELA HIPOCAMPO (DIOPTHAZE SRL) POR CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL MENOR A MI CARGO.

.....  
FIRMA DEL RESPONSABLE

.....  
ACLARACIÓN

.....  
N° DE DOCUMENTO

.....  
FECHA