



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

* **CUMPLIR CON EL PROTOCOLO COVID-19 GCABA - ESCUELA HIPOCAMPO**

* **INGRESO A NATATORIO SEGUN PROTOCOLO COVID-19**

* **PRESENTACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO** DE NO HACERLO, LA ESCUELA HIPOCAMPO NO SERÁ RESPONSABLE, ESTANDO EL USUARIO A CARGO DE CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO OCASIONADO, MAYORES DE 60 AÑOS NO COMENZARÁN LA ACTIVIDAD HASTA LA PRESENTACION DEL APTO FISICO CORRESPONDIENTE OBLIGATORIO, PODRAN IMPRIMIR EL CAP (CERTIFICADO APTITUD FISICA) Y PRESENTARLO PARA INICIAR LA ACTIVIDAD.

* **ARANCELES** EL ARANCEL SE ABONA EN SU TOTALIDAD EN FORMA ANTICIPADA. CUANDO SE INSCRIBE COMENZADO EL MES, SE ABONA LO QUE UTILIZA. LOS ARANCELES PODRÁN SUFRIR MODIFICACIONES DURANTE EL TRANSCURSO DE LA TEMPORADA EN CASO DE SER NECESARIO.

* **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.

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

* **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.

* **PAGO ARANCEL** LA CUOTA SE ABONA POR ANTICIPADO DEL 1 AL 8 DEL MES EN CURSO. **SIN EXCEPCIÓN.** PAGO MES VENCIDO SE IMPUTARA EL RECARGO CORRESPONDIENTE.

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?



AUTORIZACIÓN

POR MEDIO DE LA PRESENTE, PRESTO CONFORMIDAD Y MANIFIESTO CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA Y LA FORMA DE DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA ESCUELA HIPOCAMPO (DIOPTHAZE S.R.L) Y AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR LA ACTIVIDAD PARA LA CUAL LO HE INSCRIPTO. ASI MISMO, AUTORIZO AL PERSONAL DE LA ESCUELA HIPOCAMPO, A TOMAR TODAS LAS MEDIDAS QUE A SU CRITERIO JUZGUEN NECESARIAS PARA PRESERVAR LA INTEGRIDAD Y SALUD DE MI HIJO/A, EN CASO DE URGENCIAS O FUERZA MAYOR.

DEJO CONSTANCIA QUE MI HIJO/A SE ENCUENTRA AUTORIZADO Y EN PERFECTO ESTADO DE SALUD PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN QUE LO ESTOY INSCRIBIENDO, ACOMPAÑANDO EL CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA. ME COMPROMETO A COMUNICAR A LA ESCUELA HIPOCAMPO , CUALQUIER CAMBIO EN SU CONDICIÓN, SIENDO DICHA CIRCUNSTANCIA MI ABSOLUTA RESPONSABILIDAD, EXIMIÉNDOLOS DE CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE MI HIJO/A , PUDIERE SUFRIR.

.....

FIRMA DEL PADRE, MADRE Ó TUTOR

ACLARACIÓN

N° DE DOCUMENTO

FECHA

.....

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN

N° DE DOCUMENTO

FECHA