



COMPLETAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA

APELLIDO Y NOMBRES		DNI
N° 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, LA ESCUELA HIPOCAMPO NO SERÁ RESPONSABLE, ESTANDO EL USUARIO A CARGO DE CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO OCASIONADO, MAYORES DE 65 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 TRANCURSO 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. DURACIÓN DE LA CLASE: 55 MINUTOS.
- * **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. CASO CONTRARIO NO SE RECUPERA.
- * **LOS FERIADOS** LOS FERIADOS NACIONALES O PASADOS A PUENTE NO SE RECUPERAN NI 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?



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