



APELLIDO Y NOMBRES

DNI

Nº SOCIO U.T.C.

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

TELÉFONO

CELULARES

E-MAIL

DOMICILIO

ACTIVIDAD A REALIZAR

REGISTRO DE RESERVA	DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO	
TEMPORADA						
MES	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q
TEMPORADA FINES DE SEMANA						
MES FINES DE SEMANA	1Q	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q

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 60 AÑOS COMENZARÁN LA ACTIVIDAD PRESENTANDO EL CAP - CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA Y DEBERÁN PRESENTAR A LA BREVEDAD EL CERTIFICADO MÉDICO.

* **ARANCELES** EL ARANCEL SE ABONA POR PERIODO ELEGIDO.

* **CARNET** PONER OBLIGATORIAMENTE LA FOTO DEL USUARIO PERTINENTE. NO DEBE OLVIDARSE QUE ES LA ÚNICA FORMA QUE TENEMOS DE CONTROLAR QUIEN INGRESA AL CLUB Y NATATORIO, QUEDA IMPLÍCITO LA PRESENTACIÓN DEL MISMO EN AMBOS CASOS.

* **PAGO ARANCEL** LA CUOTA SE ABONA POR ANTICIPADO.

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?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN FIRME A CONTINUACIÓN

DEJO CONSTANCIA DE CONOCER Y ACEPTAR LAS NORMAS DE CONVIVENCIA PARA LA UTILIZACIÓN DEL NATATORIO, ENCONTRANDOME EN PERFECTO ESTADO DE SALUD, SEGUN 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 (DIOPTHAZE SRL) POR CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL ABAJO FIRMANTE.

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
ACLARACIÓN

.....
N° DE DOCUMENTO

.....
FECHA

AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR

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 DANO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL MENOR A MI CARGO.

.....
FIRMA DEL RESPONSABLE

.....
ACLARACIÓN

.....
N° DE DOCUMENTO

.....
FECHA