



COMPLETAR CON LETRA CLARA O IMPRENTA

APELLIDO Y NOMBRES

DNI

Nº SOCIO CLUB

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

CELULAR 1

CELULAR 2

E-MAIL

DOMICILIO

ACTIVIDAD A REALIZAR

GRADO O SALA

COLEGIO

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

## NORMAS DE CONVIVENCIA

- **PRESENTACION CERTIFICADO MEDICO OBLIGATORIO** para iniciar la actividad. En su defecto entre los 15 y 65 años deberán 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.
- **INSCRIPCION** 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, abonará lo que utiliza. Los aranceles sufrirán modificaciones durante la temporada y pasado el periodo de pago se imputará el recargo correspondiente sin excepción.
- **CLASES** 1 vez por semana (4 CL AL MES) - 2 veces por semana (8 CL AL MES) - 3 veces por semana (12 CL AL MES), respetando días y horarios. De ausentarse por un período determinado y desea conservar su día y horario, deberá abonar la totalidad del arancel. La duración de las clases es de 55 min.
- **RECUPERACION DE CLASES** Sólo se realizará con pileta libre.
- **PILETA LIBRE** Los abonos solo tienen validez para el mes en curso. La duración de la actividad es de 55 minutos. Anotarse en la aplicación ONDEPOR antes de asistir al natatorio. Los horarios podrán ser modificados sin previo aviso.
- **CARNET** presentar obligatoriamente al ingresar al natatorio con: revisión médica, foto y arancel al día.

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

## DATOS DE INTERÉS (COMPLETAR CON ATENCIÓN)

¿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 MÉDICO O CAF 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

.....  
N° 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 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 (DIPOTHAZE SRL) POR CUALQUIER DAÑO O PERJUICIO QUE PUDIERA SUFRIR EL MENOR A MI CARGO.

.....  
FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR

.....  
ACLARACIÓN

.....  
N° DE DOCUMENTO

.....  
FECHA