

Solicitud de inscripción

(Favor escribir en letra de molde)

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Me s	Día	Año Edad

DIRECCIÓN POSTAL		
Urbanización / Calle / Numero		Pueblo Zip Code
Teléfono:		E-mail:

CONTACTOS PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA	PARENTESCO	TELÉFONOS
1.		
2.		

Facilidades que utilizará: _____

Curso de Sagrado Global: _____

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ entiendo y reconozco todos los riesgos y consecuencias que conlleva el practicar cualquier tipo de actividad física y acuática, y asumo toda responsabilidad personal por los daños que puedan ocasionar en dicha actividad. Relevo de toda responsabilidad a la Universidad del Sagrado Corazón de cualquier reclamación por lesiones, muerte, enfermedad o incapacidad en la que me pueda ver afectado. Autorizo a los directores a seleccionar un hospital en caso de emergencia. Igualmente me hago responsable de cualquier daño a la propiedad privada. Certifico que me encuentro en una condición física y mental apta para utilizar la piscina, gimnasio, cancha o cualquier otra facilidad deportiva, realizar actividades físicas y deportivas. Adicional, autorizo a la Universidad del Sagrado Corazón a tomar fotos y videos en caso de que sea necesario.

Relevo de toda la responsabilidad a La Universidad del Sagrado Corazón de cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de su participación en las actividades.

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

Sexo: F () M ()

HISTORIAL MÉDICO

Marque con una X si padece y/o presenta alguna de las siguientes:

Fatiga		Náuseas		Fiebre		Otros:	
Condición Asmática		Mareos		Acidez			
Diabetes		Incontinencia		Enfermedades Cardiacas			
Condiciones Musculares		Dolor de Cabeza		Artritis			
Hipoglicemia		Taquicardia		Migraña			
Sinusitis		Alta o baja Presión		Epilepsia			

¿Está tomando algún medicamento?: Si () No ()

Si su respuesta fue sí, indique cuál(es) _____

¿Es alérgico a algún medicamento?: Si () No ()

Si su respuesta fue sí, indique cuál(es) _____

¿Presenta algún tipo de lesión actualmente?: Si () No ()

Si su respuesta fue sí, indique cuál(es) _____

¿Presenta alguna condición de salud que limite a utilizar las facilidades de una piscina?: Si () No ()

Si su respuesta fue sí, indique cuál(es) _____

NOTAS: _____

Yo _____ certifico que he examinado al solicitante y lo he encontrado capacitado físicamente para participar de cualquier tipo de actividad física.

Firma médico

Núm. Licencia

Fecha