

Solicitud de inscripción

(Favor escribir en letra de molde)

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE			FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Me s	Dia	Año	Edad
	ווט	RECCIÓN POSTAL				
	Urbanización / Calle /	Numero		Pueblo Zip Code		
Teléfono:		E-mail:				
	LLAMAR EN CASO DE GENCIA	PARENTESCO		TELÉFONOS		
1.						
2.						
Facilidades que utilizará Curso de Sagrado Globa	il:	DE RESPONSABILIDAD				
Yo	enti	endo y reconozco todos los riesgos	y conse	cuencia	que co	nlleva el
practicar cualquier tipo de a	ctividad física y acuática, y a	asumo toda responsabilidad persor	nal por lo	os daños	que pu	edan
ocasionar en dicha actividad	. Relevo de toda responsab	ilidad a la Universidad del Sagrado	Corazón	de cual	quier re	clamación
por lesiones, muerte, enfern	nedad o incapacidad en la c	ue me pueda ver afectado. Autoriz	o a los o	lirectore	s a sele	ccionar un
hospital en caso de emerger	ncia. Igualmente me hago re	esponsable de cualquier daño a la p	ropieda	d privad	a. Certif	fico que me
encuentro en una condición	física y mental apta para ut	ilizar la piscina, gimnasio, cancha c	cualqui	er otra f	acilidad	deportiva,
realizar actividades físicas y	deportivas. Adicional, autor	izo a la Universidad del Sagrado Co	razón a	tomar fo	otos y vi	deos en caso
de que sea necesario.						
Relevo de toda la respon	sabilidad a La Universidad	del Sagrado Corazón de cualquier	incident	e y/o ac	cidente	que pueda
	ocurrir como resultado	o de su participación en las activid	ades.			



FECHA

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del particip	ante:	Fecha:		
Fecha de nacimiento://		Edad:	Sexo: F () M ()	
		HISTORIAL MÉDICO		
Marque con una X s	i padece y/o presenta alguna de	e 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		
¿Presenta algún tipo Si su respuesta fue s ¿Presenta alguna co Si su respuesta fue s	sí, indique cuál(es) o de lesión actualmente?: Si () sí, indique cuál(es) andición de salud que limite a ut sí, indique cuál(es)	No ()	scina?: Si()No()	
Yo capacitado físicame	ente para participar de cualquie		ado al solicitante y lo he encontrado	
Firma mé	edico	Núm. Licencia	Fecha	