



HOT ROOM YOGA BUENOS AIRES

FORMULARIO DE INSCRIPCION

Nombre / Name _____ Apellido / Surname _____

Edad/ Age _____ Fecha De Nacimiento / DOB ____/____/____

Correo Electrónico / E-mail _____

Dirección / Address _____

País / Country _____

Teléfono / Telephone _____

DNI / ID _____

En caso de emergencia llamar a / In case of emergency call to:

¿Como supiste de nosotros? / How did you hear about us?:

Internet / Cercanía / Diario o Revista / Amigos / Otros _____

¿Practicaste Yoga en calor antes? / Have you practiced hot yoga before? _____

¿Cual es tu motivación para empezar a practicar? / What is the main purpose of your visit?

Bajar de peso / Tonificar / Dolencia física / Stress / Bienestar general / Otros

¿Alguna condición médica que debamos saber? / Any medical condition we need to know about?

¿Contas con la autorización de tu médico para practicar? / Do you have your physician's permission to practice?

POR FAVOR, TÓMATE UN MOMENTO PARA LEER Y LLENAR ESTA LIBERATORIA

Al firmar esta liberatoria concuerdo en que soy el único responsable por el resguardo de mis pertenencias mientras asisto a clases. También entiendo que las clases de Hot Room Yoga pueden ser físicamente extenuantes y que participo voluntariamente, con todo el conocimiento de que existe un riesgo de lesión personal, pérdida de bienes y muerte. Además, me comprometo a seguir cuidadosamente las instrucciones del profesor que guía la clase. Yo declaro que ni mis herederos ni representantes legales asignados, demandarán o harán algún tipo de reclamo de ninguna índole contra Hot Room Yoga Buenos Aires o sus miembros, por ningún tipo de lesión personal, daño o pérdida a la propiedad, muerte por negligencia.

Liberación de responsabilidad

Firma y aclaración _____