

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Deportes, salud y recreación

INSCRIPCIÓN PARA ADULTES

Fecha ____/____/2022

Afiliado Nro _____ Sector _____

Actividad a la que se inscribe _____

Días _____ Horarios _____

Apellido y nombres _____

D.N.I. _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Domicilio _____ C.P _____ Barrio _____

Piso _____ Dpto _____ Localidad / Provincia _____

Telefono _____ Celular _____ Tel emergencia _____

Mail _____

Peso _____ Estatura _____ Grupo sanguíneo _____

Cobertura Médica _____ N°de Afiliado _____

Medico _____

Teléfono de cobertura en caso de emergencia _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

•1 ¿Presenta alguna enfermedad crónica?

SI

NO

Tache lo que no corresponde

Diabetes / Hipertensión Arterial / Hipotensión Arterial / Colesterol Alto / Artrosis / Osteoporosis

Dolor de pecho / palpitaciones / falta de aire / Cáncer / Hipotiroidismo / Enfermedades del corazón

¿Cuál? _____

•2 ¿Posee antecedentes de internación, cirugía o fracturas?

SI

NO

Tache lo que no corresponde

¿Cuál? _____ ¿Cuándo? _____

•3 ¿Presenta algún tipo de alergia? (ej. medicación- polvo)

SI

NO

Tache lo que no corresponde

¿Cuál? _____

.4 ¿Posee antecedentes de dolor de cabeza crónico, convulsiones? SI NO Tache lo que no corresponde

.5 ¿Posee antecedentes de agotamiento o desmayos por calor? SI NO Tache lo que no corresponde

.6 ¿Toma alguna medicación? SI NO Tache lo que no corresponde

¿Cuáles? _____

.7 ¿Posee problemas de piernas, pies, hombros, manos? SI NO Tache lo que no corresponde

.8 ¿Fuma? SI NO Tache lo que no corresponde ¿Fumó alguna vez? SI NO Tache lo que no corresponde

¿Desde qué edad? _____ ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

.9 Algún familiar directo (padre, madre y/o hermanos) padece o padeció diabetes, colesterol alto, hipertensión arterial o problemas cardíacos? SI NO Tache lo que no corresponde

¿Cuál? _____

.10 ¿Realiza actividad física? SI NO Tache lo que no corresponde

¿Cuántas veces por semana? _____ ¿Dónde? _____

Solicitamos agregue la información que considere importante y haya sido omitida en la confección de esta planilla _____

DESLINDE RESPONSABILIDAD CIVIL Y AUTORIZACIÓN DE IMAGEN

Por la presente, se deja expresa constancia que libero de toda responsabilidad a ATE CAPITAL por los eventuales daños y/o perjuicios que pudieran derivarse de la inscripción y participación del autorizado en las presentes actividades. La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir el autorizado y/o bienes como consecuencia de la participación en el programa mencionado, incluso caso fortuito o fuerza mayor. En virtud de la liberación de responsabilidad efectuada precedentemente, renuncio en este acto a reclamar indemnización alguna a ATE CAPITAL por los eventuales daños que pudiera sufrir.

Asimismo, autorizo a ATE CAPITAL para utilizar el material gráfico, fotográfico, fílmico, audiovisual, o de cualquier otra clase, que fuera producido en el marco de actividades organizadas por éste o desarrolladas bajo su órbita, incluyendo cualquier forma y medio de difusión, distribución, edición, reproducción, publicación, adaptación y/o impresión, por cualquier medio y formato, por sí o por intermedio de terceros, renunciando expresa e incondicionalmente a reclamar compensación alguna al respecto.

Autorizo uso de imagen SI NO Tache lo que no corresponde

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

DNI: _____