



**MUNICIPIO AUTÓNOMO DE SAN JUAN
DEPARTAMENTO DE RECREACIÓN Y DEPORTES**

(2) FOTO 2X2

INSCRIPCIÓN

(Favor escribir en letra de molde)

NATACION

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE				FECHA DE NACIMIENTO			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	MM	DD	AAAA	Edad

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

NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO		LUGAR DE TRABAJO	
PARENTESCO		TELÉFONO	
		Trabajo	Cel.
PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA		PARENTESCO	TELÉFONOS
1.			
2.			

AUTORIZACIÓN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD () NIÑO () JOVEN

Yo _____ padre, madre o tutor de _____ autorizo a mi hijo/hija antes mencionada a participar en el Programa de Natación, Curso Básico en el Natatorio. Entiendo y reconozco que hay riesgos en la práctica y asumo toda responsabilidad personal por los daños que resulten de dicha actividad. Relevo de toda responsabilidad al Municipio de San Juan, sus organizadores, auspiciadores y empleados de cualquier reclamación por lesiones, enfermedad o incapacidad en la que se pueda ver afectado mi hijo/hija. Autorizo a los directores a seleccionar un hospital en caso de emergencia. Igualmente me hago responsable de cualquier daño a la propiedad privada que se pueda ver involucrado el participante. Certifico que el/la participante puede realizar actividades físicas y deportivas. También autorizo a los directores a tomar fotos y videos durante las clínicas.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

RELEVO DE RESPONSABILIDAD () ADULTO

Entiendo y reconozco que hay riesgos en la práctica y asumo toda responsabilidad personal por los daños que resulten de dicha actividad. Relevo de toda la responsabilidad al Departamento de Recreación y Deportes y al Municipio de San Juan, sus empleados y/o agentes que actúen como auspiciadores de estas actividades de cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de mi participación en las actividades. Igualmente me hago responsable de cualquier daño a la propiedad privada que me pueda ver involucrado. Certifico que estoy capacitado para realizar actividades físicas y deportivas. También autorizo a los directores a tomar fotos y videos durante las clínicas.

FIRMA PARTICIPANTE

FECHA



CERTIFICADO MEDICO (REQUISITO PARA EL PROGRAMA)

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: _____ - _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ EDAD: _____ SEXO: F () M ()

HISTORIAL MEDICO

MARQUE CON (X) SI TIENE ALGÚN PADECIMIENTO.

FATIGA		NAUSEAS		FIEBRE		OTROS:	
CONDICIÓN ASMÁTICA		MAREOS		ACIDEZ			
DIABETES		INCONTINENCIA		ENFERMEDADES CARDIACAS			
CALAMBRES MUSCULARES		DOLOR DE CABEZA		ARTRITIS			
HIPOGLICEMIA		TAQUICARDIA		ESPASMOS MUSCULARES			
SINUSITIS		ALTA PRESIÓN		MIGRAÑA			

DE MARCAR CUALQUIER DE LAS ANTERIORES:

INDIQUE SI ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS: SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO: SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

TIENE ALGÚN TIPO DE LESIÓN ACTUALMENTE: SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

TIENE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD QUE REQUIERE ALGÚN ACOMODO RAZONABLE: SI () NO ()

ESPECIFIQUE: _____

**CERTIFICO QUE HE EXAMINADO AL SOLICITANTE Y LO HE ENCONTRADO
CAPACITADO FÍSICAMENTE PARA PARTICIPAR DEL PROGRAMA.**

NOMBRE DEL MEDICO

FIRMA DEL MEDICO

NUMERO DE LICENCIA

FECHA: _____ / _____ / _____

DOCUMENTOS PARA ENTREGARSE CON ESTA INSCRIPCIÓN:

____ COPIA CERTIFICADO NACIMIENTO PARA LAS EDADES DE 6 A 14 AÑOS

____ 1 FOTO 2X2

INFORMACION: 787-480-2986