

Solicitud de inscripción para el uso de facilidades deportivas

(Favor escribir en letra de molde)

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Mes	Día	Año

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

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

Facilidades que utilizara: _____

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ entiendo y reconozco todos los riesgos y consecuencias que conlleva el practicar cualquier tipo de actividad física y acuáticas, 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.

FIRMA PARTICIPANTE

FECHA

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		Nauseas		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 si, indique cuál(es) _____

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

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

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

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

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

Si su respuesta fue si, 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