

**DUPLICADO**

**FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA ADULTOS**

FECHA ...../...../ 2019



PROGRAMA ..... ACTIVIDAD .....  
 SEDE ..... HORARIO .....  
 PROFESOR .....

NOMBRE ..... DNI .....  
 APELLIDO ..... 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 .....  
 TEL DE COBERTURA EN CASO DE EMERGENCIA .....

**ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**

- 1 ¿Presenta alguna enfermedad crónica? SI  NO   
 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   
 ¿Cuál? ..... ¿Cuándo? .....
- 3 ¿Presenta algún tipo de alergia ? (ej. medicación- polvo) SI  NO  ¿Cuál? .....
- 4 ¿Posee antecedentes de dolor de cabeza crónico, convulsiones? SI  NO
- 5 ¿Posee antecedentes de agotamiento o desmayos por calor? SI  NO
- 6 ¿Toma alguna medicación? SI  NO  ¿Cuáles? .....
- 7 ¿Posee problemas de piernas, pies, hombros, manos? SI  NO
- 8 ¿Fuma? SI  NO  ¿Fumó alguna navez? SI  NO  ¿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  ¿Cuál? .....
- 10 ¿Realiza actividad física? SI  NO  ¿Cuántas veces por semana? ..... ¿Dónde?.....

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

Declaro bajo juramento que no poseo patología ni impedimento alguno, para la presente práctica deportiva asumiendo cualquier riesgo que pudiera acontecer y deslindando en consecuencia al profesor a cargo y a la Subsecretaría de Deportes y al GCBA. Asimismo me comprometo que en el transcurso de los próximos 15 días presentaré el apto físico correspondiente.

Por la presente, cedo los derechos y autorizo al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 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. Asimismo, se deja expresa constancia que libero de toda responsabilidad al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 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 al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por los eventuales daños que pudiera sufrir.

.....  
 FIRMA

.....  
 ACLARACIÓN

.....  
 DNI

