

ESCUELA DE LASER CUBA

Período: Abril-Julio/ Septiembre-Diciembre/ Enero-Marzo

FECHA:

Solicito a Uds. quiera tener a bien disponer

Motivo:

ALTA

BAJA

Sábado

Domingo

Hace la Escuela de Laser por primera vez: Si No

En caso Negativo, describir año y si lo realizo de forma completa o no:

.....

Nombre y Apellido ALUMNO:.....

SOCIO N°.....Fecha de nacimiento:.....EDAD.....

D.N.I.:..... Cel..... E-mail.....

Dirección:.....

Localidad..... C.P.....

Posee Carnet de Timonel Vigente: Si No

Posee Antecedentes Náuticos: Si No

En caso afirmativo, describir antecedentes:

.....

.....

En caso de ser menor de Edad

Nombre del Padre/Madre:.....

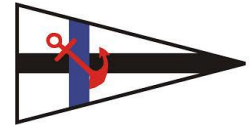
Teléfono de contacto:.....E-Mail:.....

- Se cobrará el curso según la forma de pago que usted haya optado en el Club, en las cuotas que Comisión Directiva disponga.
- El curso dura 4 Meses Salvo el periodo de Enero a Marzo que durara 3 Meses
- El horario de clase es de 10 a 13 hs.

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
N° DE SOCIO

Atendió:.....



REQUISITOS INGRESO ESCUELA DE LASER C.U.B.A.

1. Tener entre 14 y 18 años con algún tipo de experiencia náutica previa; o tener a partir de 18 años y tener el carnet de timonel vigente. Caso contrario, quedara a revisión de la coordinadora de Escuelas.
2. Saber nadar
3. Entregar la ficha médica completa y firmada por un médico antes de la primera clase del curso.
4. Completar el formulario de inscripción a la Escuela de Laser. El cupo es limitado a 10 personas por día. Se le dara prioridad a las personas que cumplan con los requisitos. Los que no los cumplan, se podrán pre-inscribir y quedaran sujetos a la revisión de la coordinadora de escuelas. Aquellas personas que estén repitiendo el curso, quedaran en lista de espera por si no se completa el cupo máximo. En el caso de haber quedado dentro del Curso se les informara 10 dias antes del comienzo de la primera clase.
5. La información se dará a conocer vía mail por la Coordinadora de Escuelas (la dirección de mail deberá ser legible).



ESCUELA DE LASER C.U.B.A.

FICHA MÉDICA

Fecha: .../.../.....

DATOS PERSONALES

Apellido y nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....

Teléfono de contacto:..... Alternativo:

Posee cobertura médica? SI / NO

Nombre de la Obra social:.....

Numero de Carnet:..... Tel. Emergencias:.....

A) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (Marcar y especificar en caso afirmativo)

Pulmonares.....

Asma.....

Diabetes.....

Cardiopatía.....

Hernias inguinales, crurales.....

Alergias.....

Lipotimia.....

Digestivos.....

Renales.....

Quirúrgicos.....

B) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE: (Marcar y especificar en caso afirmativo)

__ Hepatitis (60 días)

__ Sarampión (30 días)

__ Parotiditis (30 días)

__ Mononucleosis infecciosa (30 días)

__ Esguinces o luxaciones de hombro o muñeca (60 días).....

C) ALGUNA SITUACIÓN DETERMINADA POR EL MÉDICO SI / NO

Cuál?.....

D) TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE? SI / NO

Cuáles?.....

E) ESTÁ APTO PARA **REALIZAR ACTIVIDADES DE RESISTENCIA Y FUERZA DE MEDIANA A ALTA INTENSIDAD?** SI / NO

F) COMENTARIOS ADICIONALES:.....

.....

.....

Firma del médico

Aclaración

Matricular N°

En caso de ser menor de edad:

Firma del Padre o Madre

Aclaración