

FICHA DE INSCRIPCIÓN 2025

Deportes y Recreación

INSCRIPCIÓN PARA ADULTES

Fecha /_____/2025

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

¿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: _____

