



Instituto de formación marcial y física
kuma kan dojo
Asociación Aikiken Neuquén

FORMULARIO DE INSCRIPCION

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....

DOMICILIO:.....

TE:..... ALTERNATIVO:.....

MAIL:.....

PROFESION:.....

ASISTENCIA MEDICA:..... GRUPO SANGUINEO: FACTOR RH.....

PESO:..... TALLA:.....

EN CASO DE EMRGENCIA AVISAR A:..... TE.....

INSTRUCTOR A CARGO:..... ACTIVIDAD:.....

Algunas preguntas.

¿Realizo actividad física o deporte previamente al ingreso a Kuma Kan dojo?.....

¿Cuál?..... ¿Cuánto tiempo?.....

¿Realiza actividad física o deporte además del que realiza en Kuma Kan dojo?.....

¿Cuál?..... ¿Por qué eligió Kuma Kan dojo?.....

Tiene alguna sugerencia con respecto a la actividad que realiza o con respecto al dojo? Por favor no dude en realizarla, nos interesa.....

Muchas gracias!

A los efectos de mi inscripción para realizar dicha actividad marcial hago conocimiento del riesgo que genera la práctica de las mismas, particularmente por la cantidad de practicantes que asisten a clase; declaro bajo juramento que asumo toda la responsabilidad por daños y/o lesiones que sufra sobre mi persona y/u ocasione a terceros con motivo de la ejecución directa de técnica (a mano vacía o con armas) y/o por impactos producidos con o por terceros; y/o por el uso de armas por el suscripto y/o por terceros. En consecuencia, libero de toda responsabilidad al Instituto Kuma Kan Dojo y a todos sus integrantes e Instructores; y al proveedor del lugar de práctica; declarando bajo juramento asumirla por propia, no teniendo nada que reclamar contra los mismos.-

Asimismo, declaro bajo juramento que me encuentro apto física y psíquicamente para practicar cualquier Actividad Marcial adjuntando Certificado de Aptitud Médico.-

En prueba de conformidad:

Firma:..... Fecha de inscripción:.....

Aclaración (en el supuesto de menores de 21 años no emancipados, se requiere firma de padre/madre, tutor/a encargado/a)



Instituto de formación marcial y física
kuma kan dojo
Asociación Aiki ken Neuquén

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Para ser completado por el médico cardiólogo o clínico luego de evaluar:

SISTEMA RESPIRATORIO

Examen físico:
Antecedentes:
Fuma:
Observaciones:

SISTEMA CARDIVASCULAR

Frecuencia cardiaca:
Tensión arterial:
Antecedentes:
Observaciones:

E. C. G. - Ergometría – Laboratorio: (hemograma, glucemia, hepatograma, colesterol, triglicéridos, monograma, orina completa, RX tórax frente) solo si es necesario y a criterio del profesional que examina.

SISTEMA MUSCULAR (Articulaciones y huesos)

Lesiones:
Patologías:
Observaciones:

El Sr/a:.....D.N.I:.....
Es apto/a para la práctica de actividad física deportiva competitiva/ no competitiva (tachar lo que no corresponda)

Fecha:..... Firma y sello del medico:.....
Nota: se sugiere próximo control en.....meses.