

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DEPORTES Y RECREACIÓN

Socio N°

Fecha

C.I.

Foto

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

Fecha de nacimiento

Edad

Dirección

Teléfono

Celular

Correo electrónico

Contacto de emergencia

Teléfono

Alergias a

Grupo de sangre

• **PREVISIÓN DE SALUD (MARQUE CON UNA X).**

☐ Fonasa A B C D ☐ Isapre ☐ Particular ☐ Otro (indicar) _____

Centro de salud municipal al que pertenece _____

• **DISCAPACIDAD.**

☐ Ninguna ☐ Mental ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Otra (indicar) _____

• **CENTRO DEPORTIVO / ACTIVIDAD A LA QUE DESEA ASISTIR.**

☐ Polideportivo - Sala de musculación ☐ Piscina temperada ☐ Talleres

• **DECLARO POR MENOR (MARQUE CON UNA X).**

Si ☐ No ☐

* Declaro estar apto (a) para realizar actividad física y mental intensa y demandante. Asimismo, libero de responsabilidad al departamento de deportes y recreación y a la municipalidad de huechuraba por eventuales lesiones, accidentes o fallecimiento.

FIRMA