

CLUB SANTA IRENE – COMARCAS DE LUJÁN

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD N°.....

- 1) Comprendo que la realización de actividad física puede provocar ciertos riesgos para mi salud física y fisiológica.
- 2) Declaro plenamente que participo de forma voluntaria en las actividades prestadas **por CLUB IRENE – ubicado en el Club de Campo Santa Irene de Comarcas de Luján.**
- 3) No tengo conocimiento de algún impedimento físico y/o fisiológico que pueda causar que sufra una lesión.
- 4) Me hago responsable de cualquier lesión que pueda ocurrir en las clases dictadas por las/os docentes a cargo de las actividades realizadas en el CLUB IRENE o personal trainer.
- 5) *Declaro estar apto* para realizar actividades físicas:

☐ Suave☐ Moderada☐ Intensa
- 6) Actividad física que realizo:
- 7) En caso de participar en una actividad no recomendada para mi condición física, *me hago responsable* de cualquier inconveniente provocado en mi salud.
- 8) El no respetar la recomendación de parte del docente a cargo, para la ejecución de determinados ejercicios, *me responsabiliza de las consecuencias.*
- 9) En caso de algún tipo de impedimento y/o recomendación, este documento debe estar acompañado por DDJJ de salud para Socio Club Irene.
- 10) Declaro haber leído, entendido y acepto lo antes descripto en este documento.
- 11) Doy libertad a CLUB IRENE para actuar ante cualquier inconveniente ocurrido, (esto incluye, llamado a asistencia médica SAPP y/o traslado al nosocomio más cercano) corriendo cualquier gasto por parte de quien firma este documento.

DATOS DE ADULTO O DATOS DE MENOR

NOMBRE Y APELLIDO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DNI: _____ EDAD: _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____

EMAIL: _____ TEL. Y CONTACTO EN CASO DE URGENCIA: _____

DATOS DE ADULTO RESPONSABLE DEL MENOR:

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____

EMAIL: _____ TELÉFONO: _____

Nosotros como Padre, o Madre o tutor de _____ - *damos nuestro permiso* para que el mismo participe en las actividades y estamos de acuerdo con los términos mencionados en este documento.

Dando libertad a CLUB IRENE para actuar ante cualquier inconveniente ocurrido, (esto incluye, llamado a asistencia médica SAPP y/o traslado al nosocomio más cercano) corriendo cualquier gasto por parte de quien firma este documento.

FIRMA / ACLARACIÓN: _____ FECHA: _____