



ASOCIACIÓN SHOTOKAN KARATE DO TRAINING GROUP
ARGENTINA



PLANILLA DE INSCRIPCION

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento: | | Lugar:

DNI. N°:

Estado Civil: Ocupación:

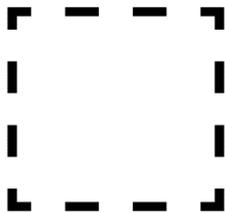
Domicilio:

Tel / Cel:

En caso de Emergencia con quien debemos COMUNICARNOS:

.....

(*) Por la presente hago conocer que he realizado todos los EXAMENES MEDICOS requeridos por los profesores de la presente actividad – obteniendo el APTO MEDICO – Asimismo informo que no he padecido desde el Otorgamiento del mismo – Intervenciones Quirúrgicas – Internaciones y/o Enfermedades que pudieran hacer variar dicha APTITUD – Hago saber que asumiré la Responsabilidad de toda Lesión en el Cuerpo o en la Salud que eventualmente se produzca durante los Entrenamientos y/o Preparación Física provocados por mi negligencia – imprudencia e impericia – Sin imputación Legal a Terceras Personas – Profesores y Entidad donde se realizare la misma.- Firmo la presente de Plena Conformidad. ES TODO.- CONSTE.-



____/____/____
Fecha de Inscripción

Firma

Aclaración

DNI