



Solicitud de Inscripción

Fecha ____ / ____ / ____

Disciplina:	Lung Chuang	Tai Chi	Ballet	Formativa
-------------	-------------	---------	--------	-----------

Foto	Nombre/s:	Nacionalidad:
	Apellido/s:	Ciudad:
	C.I.:	Domicilio:
	Fecha de nacimiento:	Teléfono:
	Sexo:	E-mail:

Ocupación:	Ficha médica deportiva:
Estudio:	Nom. Padre, Madre o Tutor:
Estado Civil:	C.I. del mismo:
Act. Extra-curriculares:	Firma del responsable legal autorizando:

Enf. Respiratorias:	Régimen de Medicamentos:
Enf. Cardiovasculares:	Tratamientos Médicos:
Hipertensión:	Diabetes:
Enf. Congénitas:	Fuma Desde:
Fracturas o Lesiones:	Consume Alcohol:

Sociedad Médica:	Emergencia Móvil:	Nº de Seguro Médico:
------------------	-------------------	----------------------

Por la presente en el día de la fecha en la ciudad de _____ el sr/a _____ se compromete a no difundir, enseñar, utilizar y, o modificar de forma alguna; en carácter público o privado los conocimientos de cualquier tipo brindados por el instituto sin debido aval y autorización del mismo.

Aceptando estas condicionantes por propia convicción y buena voluntad.

Categoría:	Socio	Convenio	Especial
------------	-------	----------	----------

Firma del Interesado