



合気道大和武育会パナマ | AIKIDO YAMATO BUIKUKAI PANAMÁ

Formulario de Inscripción.

Favor completar todos los espacios solicitados con información verdadera y correcta. Si completa el formulario a mano, favor hacerlo en forma clara y con letra legible. Una vez concluido, imprima el documento y firmelo para pasarlo al instructor encargado.

I. INFORMACIÓN PERSONAL				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO DE CASADA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (ID)		SEXO	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
TIPO	Nº	M F		
DIRECCIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	
OCUPACIÓN	LUGAR DONDE ESTUDIA O TRABAJA			
TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO OFICINA	OTRO:	FAX
CORREO ELECTRÓNICO				
e-mail (1)		e-mail (2)		

II. EXPERIENCIA PREVIA			
HA PRACTICADO ALGÚN ARTE MARCIAL	SI CONTESTA QUE SI, NOMBRE EL DOJO	CIUDAD / PAÍS	ÚLTIMO RANGO OBTENIDO
SI NO CUÁL			

III. DATOS DE IMPORTANCIA		
EN CASO DE URGENCIAS, NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LLAMAR	TELÉFONOS	PARENTESCO
	1. 2.	
ALGUNA LESION DE CONSIDERACIÓN / ENFERMEDADES /ALERGIAS /PROBLEMAS MÉDICOS		
EXPLIQUE:		

En consideración de esta solicitud, renuncio a todos los derechos y reclamaciones por daños o lesiones sufridas por mi persona, en cualquier momento durante la práctica de Aikido o de demostración en la que podría participar, que pudieran o puedan tener en contra de Aikido Osaka Buikukai Panamá, organización sin fines de lucro; a sus consejeros, directivos, jefes o instructores del dojo, invitados, ejecutores, administradores sucesores o cesionarios. Estoy de acuerdo en no enseñar aikido sin previo permiso escrito del Presidente y la certificación adecuada del Instructor Jefe de Aikido Osaka Buikukai Panamá. Declaro que gozo de buena salud y no padezco de alguna condición médica que me impida practicar Aikido. En caso de lesión, Autorizo a un médico, técnico de emergencia médica o enfermera para el tratamiento de mi lesión y/o administrar medicamentos.

Notas/Aclaraciones:

1. No se permite el uso de cámaras, filmadoras y/o cualquier mecanismo de grabación, sin previa autorización.
2. No se permite la venta de ningún artículo, comidas o bebidas dentro de nuestras instalaciones.

Firma del Solicitante:

Fecha:

Firma del Adulto responsable:

Fecha:

En caso de que el solicitante sea menor de edad*: