



Para facilitar el procedimiento de inscripción, el siguiente documento deberá ser entregado con sus debidos requisitos al lugar donde se ofrecerá la disciplina, entiéndase en el Coliseo Pedrín Zorrilla o en el Natatorio. Es importante destacar que las solicitudes tienen fechas límites y los espacios para cada programa son limitados, por lo que el Departamento de Recreación y Deportes no se responsabiliza si cuando la persona lleve la hoja no quede espacios disponibles.

Instrucciones:

1. Imprima la pagina de inscripción y llene los blancos con la información requerida
2. Una vez tenga los requisitos completos para ser elegible en el programa lleve personalmente la hoja a los centros indicados.

### **LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN LOS PROGRAMAS DE CENTROS DEPORTIVOS SON:**

1. LLENAR LA HOJA DE INSCRIPCION
2. 2 FOTOS 2X2
3. CERTIFICADO MEDICO
4. CUMPLIR CON LA EDAD QUE REQUIERE CADA PROGRAMA
5. SER RESIDENTE EN SAN JUAN

Para peticiones, sugerencias o comentarios contáctenos a: [sanjuandrd@hotmail.com](mailto:sanjuandrd@hotmail.com).  
**NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES LUEGO DE LAS FECHAS ESTABLECIDAS O QUE ESTÉN INCOMPLETAS,  
SIN DISTINCIÓN DE PERSONAS.**



(1) FOTOS  
2 X 2  
  
Tel. (787) 640-0581

## HOJA DE INSCRIPCION

### INFORMACION GENERAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DISCIPLINA: \_\_\_\_\_

DIRECCION FISICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )

NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

RESIDENCIAL

CEL.

OFICINA

\_\_\_\_\_

### AUTORIZACION Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD – ( ) NIÑO ( ) JOVEN

Autorizo a \_\_\_\_\_ a participar del programa de Natación del Municipio de San Juan a ser ofrecido en el San Juan Natatorium. Yo, \_\_\_\_\_, padre ( ), madre ( ), o encargado ( ) le autorizo a participar activamente en todas las actividades programadas o seleccionadas. Además autorizo su traslado al Centro de Salud más cercano en caso de emergencia y recibir tratamiento necesario.

Relevo de toda responsabilidad al Departamento de Recreación y Deportes del Municipio de San Juan, sus empleados y/o agentes que actúen como auspiciadores de estas actividades de cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de su participación en las actividades. No obstante certifico que \_\_\_\_\_ goza de buena salud y está apto para participar de actividades físicas vigorosas. Certifico haber recibido las reglas de uso y me comprometo en hacer cumplir las mismas.

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO \_\_\_\_\_ FECHA  
\_\_\_\_\_

### RELEVO DE RESPONSABILIDAD – ( ) ADULTOS

Relevo de toda responsabilidad al Departamento de Recreación y Deportes del Municipio de San Juan, sus empleados y/o agentes que actúen como auspiciadores de estas actividades de cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de mi participación en las actividades. Certifico haber recibido las reglas de uso y me comprometo en hacer cumplir las mismas.

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL PARTICIPANTE \_\_\_\_\_ FECHA  
FIRMA DEL COORDINADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Para peticiones, sugerencias o comentarios contáctenos a: [sanjuandrd@hotmail.com](mailto:sanjuandrd@hotmail.com).  
NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES LUEGO DE LAS FECHAS ESTABLECIDAS O QUE ESTÉN INCOMPLETAS,  
SIN DISTINCIÓN DE PERSONAS.

**CERTIFICADO MEDICO (REQUISITO PARA EL PROGRAMA)**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( )



**HISTORIAL MEDICO**

MARQUE CON (X) SI TIENE ALGUN PADECIMIENTO.

FATIGA	NAUSEAS	FIEBRE	OTROS:
CONDICION ASMATICA	MAREOS	ACIDEZ	
DIABETES	INCONTINENCIA	ENFERMEDADES CARDIACAS	
CALAMBRES MUSCULARES	DOLOR DE CABEZA	ARTRITIS	
HIPOGLISEMIA	TAQUICARDIA	ESPASMOS MUSCULARES	
SINOSITIS	ALTA PRESION	MIGRAÑA	

DE MARCAR CUALQUIER DE LAS ANTERIORES, INDIQUE SI ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS: SI ( ) NO ( )

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

ES ALERGICO ALGUN MEDICAMENTO: SI ( ) NO ( )

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUN TIPO DE LESION ACTUALMENTE: SI ( ) NO ( )

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA CONDICION DE SALUD QUE REQUIERE ALGUN ACOMODO RAZONABLE: SI ( ) NO ( )

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**CERTIFICO QUE HE EXAMINADO AL SOLICITANTE Y LO HE ENCONTRADO CAPACITADO FISICAMENTE PARA PARTICIPAR DEL PROGRAMA**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
NUMERO DE LICENCIA

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IDENTIFIQUE CON UNA (X) COMO SE ENTERO DEL NATATORIO DE SAN JUAN:

\_\_\_ RADIO      \_\_\_ INTERNET      \_\_\_ AMIGO      \_\_\_ TELEVISION

\_\_\_ PERIODICO/REVISTA      OTRO: \_\_\_\_\_ (ESPECIFIQUE)

Para peticiones, sugerencias o comentarios contáctenos a: [sanjuandrd@hotmail.com](mailto:sanjuandrd@hotmail.com).

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES LUEGO DE LAS FECHAS ESTABLECIDAS O QUE ESTÉN INCOMPLETAS,  
SIN DISTINCIÓN DE PERSONAS.