

F M

Nombre

Sexo

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Edad

Baby Piruetas Mini Piruetas Super Piruetas Vueltas y Piruetas Piruetas Avanzado Cheernastics

[Horario de Clases](#)

Opción 1

Opción 2

Opción 3

Hora:

Hora:

Hora:

Día(s):

Día(s):

Día(s):

¿Cómo supo de nuestro programa?

¿Alguna condición médica que debamos conocer?

Nombre del padre, madre o encargado(a)

Dirección

Ciudad

Código Postal

Teléfono(s)

Correo Electrónico

Contacto en caso de emergencia

Teléfono(s)

Autorización y Relevo de Responsabilidad:

Yo, _____, padre, madre o encargado(a) de _____, le autorizo a participar activamente del programa de gimnasia y actividades relacionadas ofrecidas por Piruetas, Inc. Certifico que el (la) participante no sufre de ninguna condición ni incapacidad médica que sean incompatibles con la segura participación en actividades físicas vigorosas. Entiendo que existe un riesgo inherente de sufrir lesiones en la práctica de la gimnasia. Relevo de toda responsabilidad de Piruetas, Inc., sus empleados y/o agentes, de cualquier incidente y/o accidente que pueda ocurrir como resultado de su participación en el programa y/o actividades relacionadas. Autorizo su traslado al centro de salud más cercano en caso de emergencia y recibir el tratamiento necesario.

Firma: _____

Fecha: _____

Autorizo a Piruetas, Inc. a usar fotos del participante para cualquier propósito promocional, incluyendo, pero no limitado a panfletos, hojas sueltas, página web y/o artículos periodísticos.

Firma: _____

Fecha: _____