



CLUB NAUTICO DE SANTO DOMINGO, INC

Inscripción Escuela de Vela (Hijos de Socios)



Nombre del participante _____
Sexo Masculino Femenino Edad _____ Fecha Nacimiento _____
Peso _____ Sabe Nadar _____ No. Socio _____
Dirección Residencia _____
Sector _____ Ciudad _____ Teléf. Residencia _____
Institución donde cursa estudios _____ Nivel _____

INFORMACIONES MÉDICAS

Nombre de su Médico _____
Centro donde labora _____ Especialidad _____
Teléfono consultorio _____ Celular _____ E-mail _____
Teléfono residencia _____ Otros _____
Es alérgico Si No Explique _____
Padece de: Asma Si No Diabetes Si No Corazón Si No

DATOS DE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S)

Nombre Padre o Tutor _____
Teléfono residencia _____ Celular _____ E-mail _____
Lugar de Trabajo _____ Profesión _____ Posición _____
Dirección del lugar de trabajo _____
Teléfono Oficina _____
Nombre Madre o Tutora _____
Teléfono residencia _____ Celular _____ E-mail _____
Lugar de Trabajo _____ Profesión _____ Posición _____
Dirección del lugar de trabajo _____
Teléfono Oficina _____

OTRAS PERSONAS A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA (que no estén en formulario)

Nombre _____ Teléfono _____
Nombre _____ Teléfono _____

Firma del Padre, Madre o Tutor

Fecha de Inscripción