



CLUB NAUTICO DE SANTO DOMINGO, INC

Inscripción Programa de Vela (Socios)



Nombre del participante _____

Sexo Masculino Femenino Edad _____ Fecha Nacimiento _____

Peso _____ Sabe Nadar _____ No.Socio _____

Dirección Residencia _____

Sector _____ Ciudad _____ Teléf. Residencia _____

E-mail _____

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

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

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Firma del Socio

Fecha de Inscripción