

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que estou em perfeitas condições físicas para realizar a prática de atividades esportivas oferecidas pela academia e que as informações abaixo são verdadeiras. Declaro que concordo com o regulamento da Academia Clube Náutico e que devo realizar a matrícula com a apresentação deste termo e do Atestado Médico pessoalmente na recepção da academia.

Dados pessoais

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Telefone residencial: _____ Telefone Celular: _____
E-mail: _____
RG: _____ CPF: _____
Profissão: _____ Empresa: _____

Dados médicos

Você tem médico particular? () Sim () Não
Nome: _____
Telefones: _____
Em caso de emergência, esse profissional pode ser avisado? () Sim () Não
Você possui convênio/ plano de saúde? () Sim () Não
Qual: _____
Qual o hospital conveniado mais próximo a academia? _____
Você sabe qual o seu tipo sanguíneo: () Sim () Não - Tipo: _____
Você é alérgico a algum medicamento: () Sim () Não
Quais: _____

Atualmente está fazendo uso de algum medicamento: () Sim () Não
Quais: _____

Contatos

Em caso de emergência ocorrida na academia podemos avisar: _____
Nome: _____
Parentesco: _____ Telefone: _____
Nome: _____
Parentesco: _____ Telefone: _____
Consultor: _____

Araraquara, _____ de _____ de 20_____.

_____ assinatura



CLUBE NÁUTICO
ARARAQUARA