



## FORMULARIO DE INSCRIPCION

CLUB BMX BOGOTA

FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

DEPORTISTA:		
FECHA DE NACIMIENTO		RH:
EDAD:		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
DIRECCION:		TEL.
E-MAIL:		CEL:

HISTORIAL MEDICO	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD	
TOMA ALGUN MEDICAMENTO	
TUVO ALGUN ACCIDENTE/OPERACION	

### DATOS FAMILIARES

NOMBRE DE LA MADRE:	CEL:
NOMBRE DEL PADRE	CEL:

Yo \_\_\_\_\_ Padre/Madre, de \_\_\_\_\_

Certifico que esta informacion es correcta. Estoy conciente que la practica de Deporte de BICI-CROSS, puede provocar lesiones; caidas liberando de toda responsabilidad de cualquier accidente de mi hija/o, que sufra durante la practica, me comprometo a pagar la mensualidad correspondiente en el termino estipulado y cumplir con las normas del Club.

FIRMA DEL PADRE O ACUDIENTE

FIRMA DEL DEPORTISTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_