

Forma De Consentimiento



Nombre del Estudiante _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal _____

Nombre de la Madre _____ Telefono _____

Nombre del Padre _____ Telefono _____

Telefono de casa _____ Celular _____

Numero de Trabajo _____ Correo electronico _____

Contactos en caso de Emergencia

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Nombre _____ Relacion _____ Telefono _____

Yo, al firmar este documento voluntariamente por mi participacion con North Side Karate bajo el liderato del Profesor D.E. Chambers asumo responsabilidad total de danos, lesiones, o perdidas que puedan ocurrir durante mi participacion. Renuncio cualquier reclamo contra el dueno, operadores, o instructores. Yo entiendo afondo al entrar a una escuela de Artes Marciales a mi propio riesgo y cualquier tratamiento medico que me sea dado sera solamente de primeros auxilios. Yo declaro que estoy libre de defectos fisicos o enfermedades que puedan prohibir mi participacion. Si menor de 18 anos este consentimiento tiene que ser firmado por padre o guardian. Yo concuerdo con las reglas de NorthSide Karate. Yo certifico que la informacion dada arriba esta correcta y exacta . El personal de NorthSideKarate se reserva a negarle la entrada a cualquier persona.

Firma _____ Fecha _____