



INSCRIPCIÓN CURSOS DE AQUAGYM PARA JUBILADOS Y PENSIONISTAS 2023

PRECIO DEL CURSO 12€

Los cursos serán de 3 semanas y se realizarán lunes y miércoles.

Se impartirán en dos horarios:

Mañanas: de 9:15 a 10:15 h

Tardes: de 19:45 a 20:45 h

Fecha de realización del 3 al 19 de julio

Las inscripciones a los cursos se realizarán por riguroso orden de entrega y deberán ir acompañadas del justificante de pago, y una fotocopia del DNI .

El pago será anticipado y se podrá realizar en las entidades que aparecen en la liquidación que recogerán en el AMIC

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

Nombre y apellidos _____

Dirección _____ Población _____

DNI _____ Tlf. _____

Firma:

Marca la preferencia:

Mañana

Tarde

NOTA: Para poder realizar las clases será imprescindible el uso de gorro y calzado adecuado.



FICHA SANITARIA

¿Tiene usted o ha tenido en los últimos tres meses cualquiera de los problemas que se nombran a continuación? (Señale con una cruz la respuesta que corresponda)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Problemas cardíacos | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Tensión Alta | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Dificultad en el ejercicio físico | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Cualquier enfermedad crónica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Ha recibido consejos médicos contrarios | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. Padece cualquier lesión articular, muscular o de la columna vertebral que el ejercicio pudiera agravar. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha sido sometido a cirugía en los últimos tres meses | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha tenido enfermedades o problemas pulmonares | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9. Diabetes | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. Fuma | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11. Obesidad (sobrepeso de 10 kg) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 12. Colesterol alto en sangre | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 13. Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 14. Aporta usted informe médico | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

GRÀCIAS POR SU COLABORACIÓN