

FORMULARIO DE REGISTRO BIKRAM YOGA BUENOS AIRES

-NOMBRE Y APELLIDO *FULL NAME*

-EDAD *AGE*: _____

FECHA DE NACIMIENTO *DOB*: _____

-CORREO ELECTRÓNICO *E-MAIL*:

-DIRECCIÓN *ADDRESS*: _____ PAÍS *COUNTRY*: _____

-TELÉFONOS (móvil y fijo): _____

- CONTACTO DE EMERGENCIA (Nombre, teléfono y relación) *IN CASE OF AN EMERGENCY CALL TO*:

-CÓMO SUPISTE DE NOSOTROS *HOW DID YOU HEAR ABOUT US*:

INTERNET / PUBLICIDAD / DIARIOS, REVISTAS / AMIGO que practica / OTRO _____

-HAS PRACTICADO BIKRAM ANTES *HAVE YOU PRACTICE BIKRAM BEFORE?* _____

- ¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? ¿CUÁL?: _____
DO YOU HAVE ANY CHRONIC DISEASE? PLEASE SPECIFY

- ¿TIENES ALGUNA LESIÓN FÍSICA QUE DEBAMOS SABER? *DO YOU HAVE ANY INJURY WHE SHOULD KNOW?* (Por ej: problemas a las rodillas, columna, cirugías, prótesis, hernias, etc): _____

- ¿HAS SUFRIDO UN INFARTO Y/O ACV? ¿HACE CUÁNTO?: _____
HAVE YOU HAD A HEART ATTACK? HOW LONG AGO?

- ALÉRGICO A: _____
ARE YOU ALLERGIC TO ANY MEDICATION?

- ¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMAS?: _____
Do you take any medication?

-CUENTAS CON LA AUTORIZACIÓN DE TU MÉDICO PARA PRACTICAR? _____
DO YOU HAVE YOUR PHYSICIAN'S PERMISSION TO PRACTICE?

POR FAVOR, TÓMATE UN MOMENTO PARA LEER Y LLENAR ESTA LIBERATORIA. GRACIAS!

Al firmar esta liberatoria concuerdo en que soy el único responsable por el resguardo de mis pertenencias mientras asisto a clases. También entiendo que las clases en Bikram Yoga Buenos Aires pueden ser físicamente extenuantes y que voluntariamente participo de ellas, con todo el conocimiento de que existe un riesgo de lesión personal, pérdida de bienes y muerte. Además, me comprometo a seguir cuidadosamente las instrucciones del profesor que guía la clase. Yo declaro que ni mis herederos, representantes legales o asignados, demandarán o harán algún tipo de reclamo de ninguna índole contra Bikram Yoga Buenos Aires o sus miembros, por ningún tipo de lesión personal, daño o pérdida a la propiedad, o muerte por negligencia.

Liberación de Responsabilidad

Firma, aclaración y DNI