

FECHA

NO. DE SOCIO



REGISTRO DE SOCIOS

DATOS PERSONALES

APELLIDOS		NOMBRES		CÉDULA	
DIRECCIÓN					
SECTOR		TEL. CASA		TEL. CELULAR	
EMAIL				VÍA DE CONTACTO	
				<input type="radio"/> EMAIL <input type="radio"/> TELÉFONO	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		<input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> CASADO	
LUGAR DE TRABAJO				TEL. OFICINA	
¿QUE LE MOTIVÓ A VISITARNOS?					
<input type="radio"/> RADIO/TV		<input type="radio"/> PRENSA REVISTA		<input type="radio"/> REFERENCIA	
				<input type="radio"/> MAIL <input type="radio"/> REDES SOCIALES, CUAL?	
¿CUAL ES TU META PRINCIPAL?					
NOMBRE Y TELÉFONO DE DOS PERSONAS QUE USTED QUISIERA REFERIR					
1) _____			2) _____		

DATOS MEDICOS

TIPO DE SANGRE		ALERGIAS		PROBLEMAS FISICOS/LESIONES															
CARDIOPATÍAS (ENFERMEDAD DEL CORAZÓN)		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		ENFERMEDADES PULMONARES		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		PROBLEMAS METABÓLICOS		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		DOLOR EN PECHO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		DISNEA		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
¿TIENE MÁS DE 69 AÑOS Y NO ES ACTIVO?		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		DIFICULTAD RESPIRATORIA		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		PRE/POST NATAL		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		FRECUENCIA CARDÍACA IRREGULAR		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO					
¿SU DOCTOR LE HA PRESCRITO ALGÚN MEDICAMENTO PARA LA PRESIÓN Y/O EL CORAZÓN?				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		SU DOCTOR LE HA DICHO SI TIENE ALGUN PROBLEMA CON SUS HUESOS Y/O TENDONES QUE PODRÍAN AFECTARLE AL HACER EJERCICIO?				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO									
EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:										TELÉFONO									
¿TIENE SEGURO MÉDICO?				<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		NOMBRE DEL SEGURO													

El suscrito acepta participar en los programas de ejercicios de **Body Active**, bajo su absoluta responsabilidad y reconoce que dicha actividad podría causar problemas de salud, si las actividades se realizan principalmente de manera no recomendada por profesionales del área. En tal virtud, por medio del presente documento otorgo formal descargo y renuncia de acción legal a favor de **Body Active**, los propietarios, empleados, socios y cualquier otra persona relacionada con este establecimiento, de cualquier tipo de responsabilidad por posibles daños y perjuicios causados durante la utilización de las instalaciones, maquinarias, pesas, o cualesquiera otros equipos utilizados o disponibles en las instalaciones para su uso. La empresa se reserva el derecho de cancelar cualquier membresía o programa después de depurar el expediente del socio.

PARA USO INTERNO

TIPO DE SOCIO PRINCIPAL SECUNDARIO ADICIONAL ESTUDIANTIL SENIOR

FAMILIARES DIRECTOS YA INSCRITOS (NOMBRE Y NÚMERO)

X _____
FÍRMA CONFORME LO LEÍDO

X _____
NOMBRE EJECUTIVO DE MEMBRESIA

NORMAS BODY ACTIVE



- Nos reservamos el derecho de admisión.
- Es obligación del socio consultar con su médico antes de iniciar cualquier programa de actividad física.
- La fecha de facturación y pago de su membresía es el primero de cada mes. De no realizar el pago a tiempo, a partir del 10 de cada mes el acceso a nuestras instalaciones quedará desactivado.
- Los pagos realizados no serán reembolsados o transferidos.
- Las tarifas pueden ser reajustadas sin previo aviso.
- Para realizar una congelación de cuenta, la cuota debe estar al día y ser notificado por escrito antes del día 30 del mes anterior a congelar. Podrá congelar máximo 4 meses al año.
- Body Active puede alterar su horario de servicio durante los días feriados. En este caso los socios serán notificados previamente.
- No se permite estar dentro de las instalaciones sin camiseta ni en sandalias. Para realizar ejercicios de pesas o clases grupales es necesario el uso de tenis.
- Es obligatorio el uso de toallas para el manejo de las máquinas y equipos de ejercicio.
- El socio deberá desinfectar las máquinas luego de utilizarlas.
- El socio se hará responsable de pagar cualquier daño que cause a algún equipo o a nuestras instalaciones.
- Favor guardar sus bultos y pertenencias en los lockers.
- No somos responsables de daños personales ni objetos perdidos dentro y fuera de las instalaciones, incluyendo en los lockers.
- Sólo se permiten menores de 13 años en el área de pesas y área cardiovascular con la supervisión de un entrenador.
- Está prohibido portar armas de fuego o blancas dentro de nuestras instalaciones.
- No se permite posesión, uso o venta de bebidas alcohólicas o drogas ilegales dentro de nuestras instalaciones. Igualmente el uso de cigarrillos o cualquiera de sus derivados.
- No se permite la entrada de animales a nuestras instalaciones.
- Para que todos los socios puedan disfrutar de nuestros servicios deben respetar el tiempo que se ha asignado para el uso del algunos de nuestros equipos.
- Les pedimos a los socios que conserven una buena higiene personal, así como un comportamiento educado y tranquilo.
- No se permiten gratificaciones ni propinas a nuestros empleados.
- Body Active se reserva el derecho de revocar la membresía al socio que no cumpla con las políticas.

Me comprometo a respetar y acatar las normas establecidas.

X _____
FIRMA CONFORME LO LEÍDO

EVALUADOR _____

DÍA _____

HORA _____