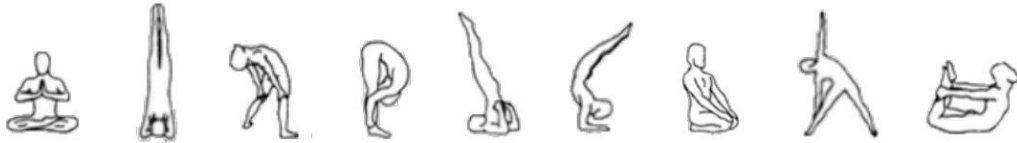


CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Declaro que examiné a (Nombres y apellido):

DNI: y dado que no padece afecciones graves, ni dolencias infecto-contagiosas y, por lo tanto, está autorizado/a a practicar yoga:



Excepto las contraindicaciones que marqué en los dibujos y detallo a continuación:

Patologías / Antecedentes	¿Si?	¿No?	¿Tiene alguna restricción?
1. Hipertensión Arterial			
2. Diabetes			
3. Afecciones alérgicas			
4. Afecciones respiratorias			
5. Afecciones cardiovasculares			
6. Afecciones osteomioarticulares			
7. Fobias o miedo			
8. Fuma			
9. Alcohol			
10. Otras limitaciones para el ejercicio físico			

Sin más, saluda atte.

Nombre y apellido: DNI:

Firma y sello: Lugar y fecha:

COMPROMISO DE RESPONSABILIDAD DEL PRACTICANTE

Soy consciente de las contraindicaciones señaladas por el médico y me comprometo a cumplirlas, asumiendo total responsabilidad al respecto y, por lo tanto, librando a mi instructor, a la Fundación por el Yoga, a la Municipalidad de Guaymallén y al dueño de la propiedad de toda responsabilidad.

Firma del practicante: Aclaración: