



Registro de Adultos/Liberacion de responsabilidad Medica

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____

Marque uno: Residente Residente por temporadas Visitante Otro _____

Telefono de casa: _____ otro telefono: _____

Correo electronico _____

Clase(s) de interes: _____

Historia de Baile o deportes: _____

Algun problema de salud , fisico ? Si responde Si, explique: _____

Nombre del doctor: _____ Telefono: _____

En caso de emergencia llamar : - Nombre: _____

Telefono: _____

LA TELLURIDE DANCE ACADEMY & MOVEMENT CENTER NO ES RESPONSIBLE POR LESIONES DURANTE EL DESEMPEÑO DE LAS SESIONES. Firmando las lineas a continuacion, Yo reconozco que baile y cualquier actividad fisica , puede tener como resultado una lesion. Yo no culpare a la Telluride Dance Academy & Movement Center , personal y comite directive culpable de cualquier lesion que me pueda suceder durante las clases.

Firma

Fecha: _____

Retornar esta ficha el primer dia de clase o enviar a :

Telluride Dance Academy
291 Rio Vista Road, Unit 101
Telluride, CO 81435