

SEMINÁRIO KRAV MAGÁ YEHOUDA AVIKZAR 2020

Nome: _____

R.G.: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Tel: _____ Cel.: _____

Em caso de Emergência contatar (nome e telefone):

Plano de Saúde: () Sim () Não. Se sim indique o plano, número da carteirinha e telefone:

Possui algum tipo de alergia (medicamento, alimentos, picadas de insetos, etc) ? Caso positivo por favor escreva qual medicamento você utiliza para conter a alergia e quais os sintomas mais comuns de sua alergia.

Você tem alguma doença clínica (ex.: hipertensão arterial sistêmica) ou limitação funcional importante que possa limitar seu treino e/ou colocar sua vida em risco?

Estou ciente que os depósitos ou pagamentos não serão devolvidos e de que o programa de treino é passível de mudanças sem aviso prévio.

Declaro ao preencher esta ficha de inscrição que estou em boas condições físicas e mentais para participar do seminário de livre e espontânea vontade. Declaro ainda que sou responsável por qualquer dano físico ou moral que possa sofrer devido ao programa do seminário e isento de quaisquer responsabilidades cíveis e criminais, os instrutores, funcionários, proprietários do local, assim como outros participantes.

Permito expressamente o uso de imagens geradas em vídeo, fotografia ou qualquer outra forma durante o seminário para finalidades de divulgação em quaisquer mídias, a qualquer tempo.

_____ / _____ / 2020.

Assinatura

*EVENTO ORGANIZADO POR IMA BRASIL-INSTRUTOR OSMAR KAKUHAMA FILHO