



REGLAMENTO INTERNO
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido:

Se establecen las siguientes condiciones para la utilización del estudio de Pilates y Spacito en la calle **Lisandro de la Torre 533 – Capital Federal.**

1. El alumno asume la responsabilidad de utilizar las instalaciones y equipos de Pilates bajo permanente supervisión de los instructores.
2. El alumno declara estar en condiciones de salud adecuadas para realizar la actividad física mencionada.
3. Se solicita al alumno que dentro de los primeros quince días de comenzada la actividad presente un certificado de aptitud física de su médico de cabecera. La no presentación del mismo no implica responsabilidad alguna hacia los instructores a cargo de las clases por cualquier lesión o perjuicio de salud asociado.
4. La presencia de cualquier síntoma físico de cualquier índole deberá ser informado al instructor a cargo de la clase antes de la realización de la actividad o durante la misma si algún síntoma se presentara durante la realización de la actividad.
5. INASISTENCIAS Y RECUPERACION DE CLASES:
 - a. Se recuperarán las clases cuya inasistencia se avise con **24 Hs.** de anticipación. Las mismas deben ser recuperadas **dentro del mes en curso** y siempre que el **abono** se encuentre **activo**.
 - b. **No** se podrán **recuperar** clases si el **abono** no se encuentra al día o está **vencido**.
 - c. Los **ausentes** a fechas asignadas de **recuperatorios no** podrán **reprogramarse**.
Faltar a un recuperatorio implica **perder la clase**.
 - d. Las **clases a recuperar**, se toman **fuera** del **horario** estipulado **normalmente**.
 - e. **Todos los feriados son recuperables dentro del mes en curso**.
6. OTROS:
 - a. Doy mi consentimiento para ser fotografiado y/o filmado, y autorizo expresamente a Tu Pilates a utilizar y reproducir mi imagen personal en forma totalmente gratuita en cualquier medio creado o a crearse, por plazo ilimitado.

Firma del Socio: _____ Aclaración: _____

APTO MÉDICO

Dejo constancia por la presente que TU PILATES me ha exigido el certificado de aptitud física extendido por profesional médico, de conformidad con los términos del Art.6 del Anexo I del Decreto 1821/2004 reglamentario de la Ley N°139 y en tal sentido DECLARO:

- Que el certificado requerido me ha sido extendido confiriéndome el apto médico, encontrándose en mi poder y comprometiéndome a entregarlo a TU PILATES en forma previa a realizar cualquier actividad física, por lo que eximo a TU PILATES de toda responsabilidad por la falta de entrega del certificado requerido.

Asimismo, declaro haber sido informado por TU PILATES de que la actividad física supervisada beneficia a la salud, siendo muy importante en el tratamiento de los principales factores de riesgo cardiovasculares. Atento ello y en cumplimiento de la normativa vigente, me obligo a efectuarme controles médicos en forma periódica y a proporcionar a TU PILATES; de formar anual, el respectivo certificado de aptitud física.

DATOS PARA EMERGENCIAS

En caso de emergencia contactarse con: _____

TEL: _____ Parentesco: _____

OBRA SOCIAL: _____ N° AFILIADO: _____

Dejo constancia que me comprometo a realizar actividades físicas adecuadas y sugeridas según mi condición médica y a comunicar fehacientemente a TU PILATES cualquier novedad que surja en relación a la misma como así también cualquier cambio en la elección de la Obra Social o Prepaga diferente a la actual.

Leí detalladamente este consentimiento y lo entendí totalmente.

En prueba de conformidad con todo lo expuesto, firmo el presente documento.

.....

FIRMA y ACLARACION

.....

FECHA

Firma del Socio: _____ Aclaración: _____