



DEL YACHT CLUB URUGUAYO

Inscripción del menor

Nombre:

Domicilio:

Teléfono: Celular: Fecha Nac:

Sociedad Médica: C.I. Edad

Emergencia Móvil: Firma:

¿Toma algún medicamento? SI NO ¿Cuál?:

¿Es alérgico/a? SI NO

¿Ha tenido alguna operación? SI NO Especificar:

Relación con adulto responsable: Padre Madre Tutor Otro Especificar:

Datos adulto responsable

Nombre:

Nº Socio: Celular:

Teléfono:

El que suscribe, aspirante a socio, declara conocer los Estatutos y Reglamento que rigen la sociedad, les acepta y promete cumplirlos.

.....
Firma del responsable:

Forma de pago

| Nombre | RESERVA | PAGOS |
|---|--------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Teléfono <input type="text"/> | Diciembre <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tarjeta <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Recibo cuota <input type="checkbox"/> | Enero <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | Febrero <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Pago

Boleta Nº

Adelanto Cuotas \$U

TOTAL \$U Tesorería: Secretaría: