**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN CURSO DE CAPACITACIÓN DE BALLET**

**Datos del Participante:**

* Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datos del Tutor (si aplica):**

* Nombre Completo del Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Relación con el Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono del Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo Electrónico del Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración de Condiciones Físicas:** El participante debe estar en óptimas condiciones físicas para participar en el curso de capacitación y concurso de ballet. Es esencial que no presente lesiones, dolores u otros problemas de salud que puedan ser agravados por la actividad física intensa involucrada.

**Si bien la capacitación otorga**

1. Mejora de la técnica de ballet.
2. Incremento en la flexibilidad y fuerza.
3. Oportunidad de aprendizaje y desarrollo personal.
4. Interacción con otros participantes y maestros.

**TAMBIEN SI NO SE ENNCUNENTRAS EN OPTMAS CONDICIONES**

1. Pueden sufrir lesiones debido a la intensidad física del ballet y a la falta de una salud óptima para su desarrollo.
2. Posible dolor muscular y fatiga.
3. Necesidad de compromiso y esfuerzo físico constante.
4. Por estos motivos se requiere la aprobación médica previa.

**Responsabilidades:** El participante (y en su caso, el tutor) asume toda la responsabilidad por cualquier situación que pueda surgir durante el curso, incluyendo pero no limitándose a lesiones físicas. La organización del curso no se hace responsable de las lesiones que puedan ocurrir como resultado de la participación en el curso.

**Aprobación Médica:** Para poder participar, el participante debe contar con la aprobación de un médico matriculado. El médico debe evaluar y certificar que el participante está en condiciones físicas óptimas para realizar actividades de ballet.

**Firma del Médico:** Certifico que he evaluado al participante y considero que está en condiciones físicas adecuadas para participar en el curso de capacitación de ballet.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sello del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la cobertura médica u obra social del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel de contacto de la cobertura médica u obra social del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento del Participante o Tutor:** He leído y comprendido todos los términos y condiciones mencionados anteriormente. Acepto que el participante asuma todos los riesgos asociados con la participación en el curso de capacitación de ballet.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Tutor (si aplica): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de contacto del Padre, Madre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota:** Este formulario debe ser completado y entregado antes de la fecha de inicio del curso. Sin el cumplimiento de estos requisitos, el participante no podrá participar en el curso de capacitación de ballet.

La organización cuenta con el seguro de la empresa Vital, para servicios de emergencia y urgencias.

El espacio Mónaco cuenta con el servicio de la empresa SAMU, para servicios de emergencia.

El Teatro del Lago, cuenta con el servicio de la empresa de la Mutual de TAXI, para servicios de emergencias.

**Importante**: cada participante debe traer su carnet de mutual, obra social y seguro médico por cualquier eventualidad.