



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de
Recreación y Deporte

INSCRIPCIÓN AL CURSO DE BUCEO AUTONOMO 1 ESTRELLA INTEGRADO CON APNEA

CIUDAD: _____ FECHA: _____
 NOMBRE: _____ TEL OF: _____
 DIRECCIÓN: _____ TEL RES: _____
 CORREO ELECTRÓNICO: _____ CEL: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
 PROFESIÓN: _____ GRUPO SANGUINEO: _____
 QUE DEPORTES HA PRACTICADO?: _____
 ALÉRGICO A: _____
 CÓMO SE ENTERÓ DEL CURSO?: _____
 En caso de emergencia avisar a: _____ Tel: _____

AL FINALIZAR Y APROBAR EN UN 80% LAS EVALUACIONES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS EN PISCINA Y AGUAS ABIERTAS SE LE EXPEDIRÁ EL CERTIFICADO DE (FEDECAS-CMAS) CON VALIDEZ INTERNACIONAL.

FIRMA DEL ALUMNO: _____
 CÉDULA DE CIUDADANÍA: _____

REQUISITOS (Los formatos vienen adjuntos):	HORARIOS
Saber nadar (estilo libre) Ser mayor de 14 años Examen médico (formato IDRD) Fotocopia del carné de EPS o prepagada Firmar carta de exoneración de responsabilidad civil Para menores de edad autorización escrita de los padres Dos (2) fotos NOTA: En el cuadro de HORARIOS, marque su selección, cada horario funciona con mínimo 6 alumnos inscritos	Teoría: Sábados de 9 am. a 1 pm. _____ Sábados de 3 pm a 7 pm. _____ Práctica: <u>De martes a viernes</u> 6:00 am a 7:30 am _____ 12:00 m a 1:30 pm _____ 6:00 pm a 7:30 pm _____ 7:30 pm a 9:00 pm _____



CURSO DE BUCEO
EXONERACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

Nombre del Alumno: _____
Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Estado civil: _____

Yo, _____ portador de la
C.C. ___ T.I. ___ C.E. ___ Número: _____ Expedida en _____
Con las demás condiciones civiles anotadas en el acápite de datos generales que antecede, por medio
del presente documento declaro expresa y voluntariamente:

Primero: Que como aspirante a recibir cursos de buceo en sus diversas modalidades, he sido informado ampliamente por la ESCUELA DE BUCEO DEL IDR D y sus instructores, de los riesgos inherentes a esta actividad subacuática, tanto en el periodo de aprendizaje como en el de práctica independiente.

Segundo: Que conozco los programas de aprendizaje de buceo y soy consciente que el ejercicio seguro de este deporte, exige del practicante sujeción estricta a normas técnicas, entrenamiento frecuente y disciplina personal.

Tercero: Que al recibir los cursos de buceo, exonero expresamente al Distrito Capital, al IDR D, a la ESCUELA DE BUCEO DEL IDR D y a sus instructores de la **responsabilidad civil extracontractual** que pudiera eventualmente demandárseles, a raíz de hechos acaecidos por causas o con ocasión de mis actividades como buzo, tanto en el período de aprendizaje como en la práctica independiente.

Cuarto: Que por lo expuesto, asumo la responsabilidad exclusiva y personal respecto de los riesgos que el aprendizaje y práctica de esta disciplina genera, y por lo tanto renuncio expresamente a efectuar reclamaciones al Distrito Capital, al IDR D, a la ESCUELA DE BUCEO DEL IDR D, y a sus instructores, de cualquier eventualidad, accidente o siniestro que pudiera presentarse sobre mi persona, personas a cargo o bienes, por causa o con ocasión de mis prácticas de buceo en cualquier tiempo y lugar. Como consecuencia de lo anterior, me hago exclusivamente responsable de los resultados que surjan de mi incumplimiento a las instrucciones y guías prescritas por la ESCUELA DE BUCEO DEL IDR D y sus instructores.

Para constancia se firma el documento en _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del interesado _____

Testigo: _____

C.C. _____

Testigo: _____

C.C. _____





CURSO DE BUCEO
EXONERACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL
PARA MENORES DE EDAD

Nombre del menor aspirante _____ País _____

Edad _____ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Representante _____

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía _____ expedida en _____ y obrando en calidad de representante legal del menor de edad señalado al principio de este documento, por este medio declaro expresa y voluntariamente:

Primero: Que como aspirante que es el menor, al recibir cursos de buceo integrado en sus diversas modalidades, he sido informado ampliamente por LA ESCUELA DE BUCEO DEL IDRD y sus instructores de los riesgos inherentes a esta actividad subacuática, tanto en el período de aprendizaje como en el de práctica independiente.

Segundo: Que conozco los programas de aprendizaje de buceo y soy consciente que el ejercicio seguro de este deporte, exige del practicante sujeción estricta a normas técnicas, entrenamiento frecuente y disciplina personal, que haré cumplir al menor referenciado.

Tercero: Que al recibir el curso de buceo el menor de edad que represento, exonero expresamente al Distrito Capital, al IDRD, a la ESCUELA DE BUCEO DEL IDRD y a sus instructores de la RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL que pudiera eventualmente demandárseles, a raíz de hechos ocurridos por causas o con ocasión de las actividades como alumno de buceo el menor referenciado en el presente documento, ya sean hechos en el periodo de aprendizaje o en la practica independiente.

Cuarto: Que por lo expuesto, asumo la responsabilidad exclusiva y personal respecto de los riesgos que el aprendizaje y práctica de esta disciplina genera, y por lo tanto renuncio expresamente a efectuar reclamaciones al Distrito Capital, al IDRD, a la ESCUELA DE BUCEO DEL IDRD y a sus instructores, de cualquier eventualidad, accidente o siniestro que pudiera presentarse sobre la persona del menor que represento, sus bienes o cualquier otra situación, por las practicas de buceo de éste en cualquier tiempo y lugar. Como consecuencia, me hago exclusivamente responsable de los resultados que surjan del incumplimiento a las instrucciones y guías prescritas por LA ESCUELA DE BUCEO DEL IDRD y sus instructores, por parte del menor que represento.

Para constancia, se firma el documento en _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma representante legal: _____ CC. _____

Testigo _____ Testigo _____

CC. _____ de _____ CC. _____ de _____



CURSO DE BUCEO

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN MÉDICO DE INGRESO

A. IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Documento de identidad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Ocupación: _____

B. SEÑALE EL CURSO O PRÁCTICA A LA CUAL INGRESA

Buzo Apneista Buzo Autónomo Integrado con Apnea 1* Buzo Autónomo 2**

C. PRÁCTICA DEPORTIVA PREVIA

Deportes: _____
Frecuencia: _____ Competidor? Si No

D. ANTECEDENTES CLÍNICOS

En esta sección realice una investigación detallada de los antecedentes: Médico- Quirúrgicos, orientados por sistemas, registre solo datos positivos.

Sistemas:

Osteoartromuscular: _____

Respiratorio: _____

Cardiovascular: _____

Digestivo: _____

Urinario: _____

Genital: _____

Endocrino: _____

Nervioso Periférico y Central: _____

Órganos de los Sentidos: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos: _____

Tabaquismo, Alcohol y Drogadicción: _____

Medicamentos usados: _____



E. EXAMEN FÍSICO

Anotar hallazgos patológicos

Peso: _____ Tensión Arterial: _____ Pulso: _____
Talla: _____ Temperatura: _____ Frecuencia Respiratoria: _____

NORMAL - ANORMAL

NORMAL - ANORMAL

Cráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senos paranasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tórax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dorso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sist. Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. CONTRAINDICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Ninguna
Absoluta
Temporal
Relativa

Conclusiones y Recomendaciones: _____

G. Una vez realizada la Historia Clínica y el examen físico queda a criterio médico ordenar los exámenes paraclínicos necesarios según el caso.

Médico: _____ Registro: _____

Firma y Sello

Fecha: _____ Si hay observación por favor utilizar otra hoja

