

CENTRO DE BIENESTAR MARATHON
Registro de Membresía

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Cuota Anual: \$30 \$50

(El cambio de cuota anual comenzará con las renovaciones a partir del 1 de julio de 2024)

INFORMACIÓN DE RENUNCIA

Entiendo que soy responsable de monitorear mi propia condición durante mi programa de ejercicio personal y si ocurren síntomas inusuales, cesaré mi participación.

Acepto eximir de responsabilidad al Distrito Escolar de Marathon y a sus miembros del personal de cualquier reclamo que pueda resultar de mi lesión o muerte, accidental o de otra manera, durante o surgiendo de cualquier manera.

Firma

Fecha

Para ser completado por el Coordinador del Centro de Bienestar:

Número de Tarjeta: _____