



FICHA DE REGISTRO

FECHA INSCRIPCIÓN: _____

Nombre Mamá _____ Fecha probable de parto _____

Apellidos _____ Edad _____

Nombre Papá _____ Apellidos _____ Edad _____

Profesión Mamá _____ Profesión Papa _____

Ocupación Mamá _____ Ocupación Papá _____

Domicilio _____ C.P. _____ Tel. _____

Email _____ Número de embarazos ____ Partos ____ Cesáreas ____

Abortos _____ Médico _____ Teléfono _____

Dirección _____ C.P. _____ Hospital _____

¿Recomendio el Doctor? SI () NO ()

¿Tienes autorizacion de su medico para tomar este curso? _____

¿Quién Recomendó? _____

Complicaciones durante el embarazo? _____

Complicaciones embarazo o partos anteriores _____

Objetivos que pretende al tomar este curso _____

Estado de salud :Optimo () Bueno() Otros ()

Favor de especificar si tiene algún problema de:

Sistema digestivo _____

Sistema musculo esquelético _____

Sistema cardiovascular _____

Sistema nervioso _____

Realizas ejercicio actualmente SI () NO ()

¿Cuál? _____

- 12 temas con duracion de dos horas, una sesion a la semana
- Costo del curso \$540
- Contado 10% de descuento, \$500
- 2 pagos de \$270 al inicio del curso, segundo pago al mes de iniciar el curso

ASISTENCIA A TEMAS 1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____ 6. ____ 7. ____ 8. ____ 9. ____ 10. ____

11. ____ 12. ____

Fecha expulsivo _____

Clases Adicionales SI () NO ()

Fecha Sesiones adicionales 1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____

CUOTAS DE PAGO:

Total: _____ Fecha: _____ Recibio _____

Favor de anotar fecha en que se harán los pagos con no más de 15 días de diferencia entre cada pago.

1er. Fecha _____ Cantidad \$ _____ Recibio _____

2da Fecha _____ Cantidad \$ _____ Recibio _____