



PROTOCOLO JAGUAR

El valor de la cuota mensual por bloques de tres clases semanales es de: \$ 2500
Los bloques para tomar clases son: lunes-miércoles y viernes o martes-jueves y sábados. La cuota debe abonarse los primeros días de cada mes y los medios de pago pueden ser por transferencia bancaria o en efectivo.

PARA ENTRENAR

- IMPRIMIR, COMPLETAR Y LLEVAR AL BOX LA DECLARACIÓN JURADA EN LA CUAL CONSTE QUE NO POSEEN SÍNTOMAS DE COVID 19. LA MISMA SE DEBERÁ RENOVAR CADA 14 DIAS.
- LA DURACIÓN DEL ENTRENAMIENTO SERÁ DE 45 MINUTOS.
- CADA USUARIO DEBE ACUDIR CON UNA TOALLA PERSONAL Y BOTELLITA “CON” AGUA.
- USO OBLIGATORIO DE BARBIJO O TAPA BOCA ANTES Y DESPUÉS DE ENTRENAR.
- AL INGRESAR, LIMPIAR ZAPATILLAS EN TRAPO DE PISO COLOCADO EN LA ENTRADA DEL BOX (AGUA AL 90% Y LAVANDINA AL 10%) SANITIZAR MANOS CON ALCOHOL.
- SE DEBERÁ ACORDAR PREVIAMENTE LOS DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE ASISTIRÁN DURANTE EL MES, EL CUAL DEBERÁ RESPETARSE SIEMPRE. NADIE PUEDE INGRESAR SI NO ESTA EN LA LISTA.
- PROHIBIDO EL INGRESO A TODA PERSONA AJENA A LA ACTIVIDAD.
- NO USAR EL CELULAR.
- ACUDIR SOLO CON LA ROPA DE ENTRENAMIENTO, SI ES NECESARIO LLEVAR ABRIGO, CADA USUARIO LO GUARDARÁ EN UN BOLSO O MOCHILA PERSONAL.



DECLARACIÓN JURADA
EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA
POR EL VIRUS COVID-19.

La siguiente declaración jurada está dirigida a las personas que ingresen a JAGUARCF con el objeto de realizar un entrenamiento con todas las medidas de bioseguridad establecidas.

En la ciudad de, a los días.....del mes de.....del año 2021.

Quien suscribecon domicilio real en.....

Cel.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que no he manifestado ninguno de los siguientes síntomas compatibles con COVID-19 y ninguno de mi grupo familiar más cercano: tos- fiebre- dolor de garganta- dificultad respiratoria- falta de aire- disgeusia (pérdida del gusto)- anosmia (pérdida del olfato)- en los últimos catorce (14) días.

Que ante la primera sospecha de padecer alguno/s de los síntomas o en mi grupo familiar compatibles con COVID-19, asumo la obligación de no asistir a JAGUARCF, aislarme preventivamente en forma inmediata, comunicar tal circunstancia al número telefónico establecido para tal fin, e informar inmediatamente a JAGUARCF de dicha circunstancia para que adopte las medidas correspondientes.

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TIENE UNA VALIDEZ DE CATORCE (14) DÍAS CORRIDOS DESDE SU CONFECCIÓN, DEBIENDO EL DECLARANTE RECONFIRMAR SU SITUACION DE SALUD.

LUGAR: _____ FECHA: ____/____/____

FIRMA _____ ACLARACIÓN _____

DNI: _____