

DATOS PARTICIPANTE	NOMBRE:	DNI:	
	APELLIDOS:		
	@:	TELÉFONO 1:	
	F. NACIMIENTO:	TELÉFONO 2:	
	DIRECCIÓN:		
	LOCALIDAD EMPADRONAMIENTO:		
DATOS ACTIVIDAD	MARQUE EL TURNO ELEGIDO:		
	<input type="checkbox"/> MARTES 16:30-18:00 <input type="checkbox"/> JUEVES 16:30-18:00 <input type="checkbox"/> SÁBADOS 9:00-11:00		
PERFIL DEPORTIVO	EXCURSIONES-SALIDAS A LA MONTAÑA (SI LA SITUACIÓN DEL MOMENTO LO PERMITE): LA INFORMACIÓN SE ESPECIFICARÁ EN LOS CARTELES DE CADA UNA DE LAS SALIDAS.		
	MARQUE EN QUÉ GRUPO SE ENCUADRARÍA:		
	<input type="checkbox"/> SEDENTARIO NO REALIZA NINGUN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA CONTINUADA DESDE MÁS DE UN AÑO	<input type="checkbox"/> INACTIVO MENOS DE UN AÑO SIN REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA CONTINUADA	<input type="checkbox"/> ACTIVO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA ESPORÁDICA, NO CONTINUADA
INDIQUE SI SE HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD, ALERGIA, LESIÓN MOTORA O SI VIENE RECOMENDADO POR SU MÉDICO:			
CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA PAR-Q	<p>EL PAR-Q (PHYSICAL ACTIVITY READINESS QUESTIONNAIRE) ES UNA HERRAMIENTA QUE SIRVE PARA LA DETECCIÓN DE POSIBLES PROBLEMAS SANITARIOS Y CARDIOVASCULARES EN PERSONAS SANAS EN APARIENCIA QUE QUIEREN INICIAR UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO DE BAJA, MEDIO O ALTA INTENSIDAD. LAS PERSONAS ENTRE 15 Y 65 AÑOS LO REALIZARÁN PARA SABER SI NECESITAN CONSULTAR CON EL MÉDICO ANTES DE COMENZAR A REALIZAR EJERCICIO FÍSICO. EN CASO DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS QUE NO SEAN ACTIVAS FÍSICAMENTE, SE RECOMIENDA EN CUALQUIER CASO UN RECONOCIMIENTO MÉDICO PREVIO AL INICIO DE LA ACTIVIDAD PARA CERTIFICAR QUE PUEDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES SIN NINGÚN TIPO DE PROBLEMA.</p>		
	RESPONDA SEGÚN CORRESPONDA:		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿ALGUNA VEZ LE HA DIAGNOSTICADO UN MÉDICO UNA ENFERMEDAD CARDÍACA, RECOMENDÁNDOLE QUE SOLO HAGA ACTIVIDAD FÍSICA SUPERVISADA POR PERSONAL SANITARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▪ ¿TIENE DOLOR EN EL PECHO PRODUCIDOS POR LA ACTIVIDAD FÍSICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▪ ¿HA NOTADO DOLOR EN EL PECHO DURANTE EL ÚLTIMO MES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▪ ¿TIENDE A PERDER EL CONOCIMIENTO, O EL EQUILIBRIO, COMO RESULTADO DE MAREOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▪ ¿ALGUNA VEZ LE HA RECETADO EL MÉDICO ALGÚN FÁRMACO PARA LA PRESIÓN ARTERIAL U OTRO PROBLEMA CARDIOCIRCULATORIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▪ ¿TIENE ALGUNA ALTERACIÓN ÓSEA O ARTICULAR QUE PODRÍA AGRAVARSE POR LA ACTIVIDAD FÍSICA PROPUESTA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ▪ ¿TIENE CONOCIMIENTO, POR EXPERIENCIA PROPIA O DEBIDO AL CONSEJO DE ALGÚN MÉDICO, DE CUALQUIER RAZÓN FÍSICA QUE LE IMPIDA HACER EJERCICIO SIN SUPERVISIÓN MÉDICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO 		
<p>SI HA RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, LE RECOMENDAMOS LA REALIZACIÓN DE UN RECONOCIMIENTO MÉDICO ANTES DE INICIAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA, CON EL FIN DE EVITAR RIESGOS DURANTE LA PRÁCTICA DE LA MISMA.</p>			
AUTORIZACIÓN A LA DIFUSIÓN DE IMÁGENES POR LOS CANALES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAREJO DE SALVANÉS			
<input type="checkbox"/> SÍ AUTORIZO <input type="checkbox"/> NO AUTORIZO			

DOCUMENTACIÓN NECESARIA: SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA Y FIRMADA

OBLIGACIONES DEL PARTICIPANTE

- Mantener el respeto a los horarios, grupos y turnos para favorecer el buen desarrollo de las actividades.
- Cuidar el material que se utilice y devolverlo en las mismas condiciones en las que se le dejaron.
- Cuidar y velar por el uso correcto de las instalaciones.
- Respetar y atender en todo momento las indicaciones de los monitores y demás personal responsable.
- Seguir el protocolo de prevención del COVID-19 indicado por la organización.
- Confirmar que se encuentra con las facultades físicas necesarias para la realización de la actividad, habiendo realizado de forma previa una consulta a su médico o un reconocimiento médico oficial, conociendo que esta inscripción no ofrece cobertura por accidente deportivo o lesión ocasionados durante la actividad.

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE HE LEÍDO Y ACEPTO:

- LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PROPIO AYUNTAMIENTO CON RESPECTO A LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD SOLICITADA Y ACEPTO LAS CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN, EXPRESO MI COMPROMISO CON EL PROTOCOLO OBLIGATORIO DE PREVENCIÓN Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD FRENTE A LA POSIBILIDAD DE CONTAGIO POR COVID-19:
 - No formar parte de grupos de riesgo, ni convivir con nadie que sea grupo de riesgo, o que -en el caso de que así sea- participar en la actividad bajo mi propia responsabilidad.
 - No haber sufrido ningún síntoma compatible con COVID-19 como tos, fiebre, dolor/picor de garganta, cansancio, dolor muscular o falta de aire durante los 14 días previos al comienzo de la actividad.
 - No encontrarme en período de cuarentena domiciliar por haber tenido síntomas o contacto con alguna persona diagnosticada de COVID-19 o que, tras la misma, ya me ha sido notificada la finalización del periodo de aislamiento.
 - No convivir con personas con dicha sintomatología ni haber estado en contacto con nadie en esa situación.
 - Comprobar que mi temperatura no supera los 37,2º C.
 - Informar a la empresa organizadora de la actividad en caso de contacto estrecho con familiares, no convivientes u otras personas de su entorno afectadas por el COVID-19, sin haber guardado la distancia interpersonal de 1,5 metros y durante más de 15 minutos en los últimos 14 días, incluso ante la ausencia de síntomas.
 - Comprometerme a notificar mi estado de salud en caso de contagio y, en su caso, la causa de mis faltas de asistencia a través de cualquier medio disponible por la organización.
 - Respetar y cumplir los protocolos establecidos en cada momento en cada una de las instalaciones deportivas donde se desarrollen las actividades.
 - Eximir al Ayuntamiento -y, en su caso, a la empresa organizadora de la/s actividad/es- de cualquier responsabilidad respecto a mi estado de salud, excepto de las dolencias que le pudieran ocasionar en la práctica de la/s actividad/es solicitada/s.

SI POR MOTIVOS DE SEGURIDAD SE TUVIERAN QUE CERRAR LAS INSTALACIONES, SE DEVOLVERÍA EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A CADA PARTICIPANTE POR LOS DÍAS NO DISFRUTADOS, SEGÚN EL ART. 26 DEL APARTADO TERCERO DEL TRLHL DEL RDL 2/2004 DE 5 DE MARZO POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY REGULADORA DE LAS HACIENDAS LOCALES, EL CUAL ESTABLECE "CUANDO POR CAUSAS NO IMPUTABLES AL SUJETO PASIVO, EL SERVICIO PÚBLICO, LA ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA O EL DERECHO A LA UTILIZACIÓN O APROVECHAMIENTO DEL DOMINIO PÚBLICO NO SE PRESTE O DESARROLLE, PROCEDERÁ LA DEVOLUCIÓN DEL IMPORTE CORRESPONDIENTE".

PROTECCIÓN DE DATOS

El Ayuntamiento de Villarejo de Salván, con C.I.F P2818000H, con domicilio en Plaza de España Nº1, CP: 28590, Villarejo de Salván (Madrid) y teléfono 918744002, en base al consentimiento prestado trata la información que nos facilita con el fin de prestarle el servicio de gestión y tramitación de la baja de la actividad deportiva en cuestión. Asimismo, en virtud de la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, oposición, rectificación, limitación y portabilidad en los casos previstos en la normativa y supresión, cuando los datos no sean necesarios. Puede ejercer los citados derechos a través del servicio de ventanilla única o dirigiéndose al propio Ayuntamiento, identificándose correctamente e indicando que derecho desea solicitar. Para cualquier consulta, comentario o solicitud relativa a nuestra Política de Protección de Datos, puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos, escribiendo un correo electrónico a consultoria@ecomputer.es.

FECHA: ____/____/2023

FIRMA/NOMBRE: _____