



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			
EXCURSIONES-SALIDAS A LA MONTAÑA (SI LA CLIMATOLOGÍA LO PERMITE): LA INFORMACIÓN SE ESPECIFICARÁ EN LOS CARTELES DE CADA UNA DE LAS SALIDAS.				
PERFIL DEPORTIVO	MARQUE EN QUÉ GRUPO SE ENCUADRARÍA:			
	<input type="checkbox"/> SEDENTARIO	<input type="checkbox"/> INACTIVO	<input type="checkbox"/> ACTIVO	<input type="checkbox"/> MUY ACTIVO
	NO REALIZA NINGUN TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA CONTINUADA DESDE MÁS DE UN AÑO	MENOS DE UN AÑO SIN REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA CONTINUADA	REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA ESPORÁDICA, NO CONTINUADA	REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA 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 POSIBLE PROBLEMAS SANITARIOS Y CARDIOVASCULARES EN PERSONAS SANAS EN APARIENCIA QUE QUIEREN INICIAR UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO DE BAJA, MEDIO O ALTA INTENSIDAD.</p> <p>LAS PERSONAS ENTRE 15 Y 65 AÑOS LO REALIZARÁN PARA SABER SI NECESITAN CONSULTAR CON EL MÉDICO ANTES DE COMENZAR A REALIZAR EJERCICIO FÍSICO.</p> <p>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:			
	<input type="checkbox"/> ¿ALGUNA VEZ LE HA DIAGNOSTICADO UN MÉDICO UNA ENFERMEDAD CARDIACA, RECOMENDÁNDOLE QUE SOLO HAGA ACTIVIDAD FÍSICA SUPERVISADA POR PERSONAL SANITARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> ¿TIENE DOLORES EN EL PECHO PRODUCIDOS POR LA ACTIVIDAD FÍSICA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> ¿HA NOTADO DOLOR EN EL PECHO DURANTE EL ÚLTIMO MES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> ¿TIENDE A PERDER EL CONOCIMIENTO, O EL EQUILIBRIO, COMO RESULTADO DE MAREOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
	<input type="checkbox"/> ¿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			
	<input type="checkbox"/> ¿TIENE ALGUNA ALTERACIÓN ÓSEA O ARTICULAR QUE PODRÍA AGRAVARSE POR LA ACTIVIDAD FÍSICA PROPUESTA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> ¿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				
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.				
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.
- 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 NORMATIVA:
 - 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.

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: _____/_____/2024

FIRMA/NOMBRE: _____