



Ayuntamiento de Lepe - Servicio de Deportes

Hoja de Inscripción en Actividades Físico-Deportivas (Informe Consentido)

DATOS PERSONALES DEL USUARIO

[]		[]	
APELLIDOS Y NOMBRE		DNI	
[]		[]	[]
DIRECCION		CODIGO POSTAL	LOCALIDAD
[]	[]	[]	[]
PROVINCIA	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO	MOVIL

ACTIVIDAD EN QUE SE INSCRIBE

TURNO/GRUPO

DATOS DEL TUTOR/PADRE/MADRE¹

[]	[]
APELLIDOS Y NOMBRE	DNI

HERMANOS INSCRITOS EN OTRAS ACTIVIDADES FÍSICAS COORDINADAS POR EL SERVICIO DE DEPORTES²

[]	[]
[]	[]
[]	[]
APELLIDOS Y NOMBRE	ACTIVIDAD FÍSICA QUE DESARROLLA

DATOS BANCARIOS³

[]		[]
NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA		BANCO O CAJA
[] [] [] []	[] [] [] []	[] []
ENTIDAD	OFICINA	D.C.
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	NUMERO DE CUENTA	
<input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL		
FORMA DE PAGO (marcar con una X)		

El abajo firmante autoriza a que se carguen en su cuenta bancaria los recibos correspondientes. Los recibos devueltos por la entidad bancaria se abonarán en la Recepción junto con los gastos de la devolución.

CUESTIONARIO

El ejercicio físico regular se asocia con muchos beneficios para la salud. De todas formas, un primer paso prudente es cumplimentar este cuestionario. Para la mayoría de las personas la actividad física no presenta ningún problema o riesgo especial. Este cuestionario ha sido concebido para intentar descubrir aquellos pocos casos para los que la actividad física puede ser inapropiada o aquellos que precisen consejo médico. El sentido común es la mejor guía para responder a las siguientes preguntas. Por favor, léelas cuidadosamente y marque con una **X** el cuadro de la respuesta seleccionada en cada caso.

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le ha dicho alguna vez el médico que tiene una enfermedad del corazón y/o le ha recomendado actividad física bajo su supervisión?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene algún problema en los huesos o articulaciones que pueda empeorar a causa de la actividad física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le ha prescrito el médico medicación para la presión arterial o algún problema del corazón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está al corriente, ya sea por propia experiencia o por indicación de un médico, de cualquier otra razón que le impida hacer ejercicio físico sin supervisión médica?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es alérgico/a a algún tipo de medicamento?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es diabético?

Si ha contestado **SI** a una o más preguntas: **ANTES** de aumentar su nivel de actividad física, consulte a su médico de familia. Indíquelo que preguntas de este cuestionario ha contestado con un **SI** o enséñele una copia del mismo. **DESPUÉS** de una revisión médica, pida consejo a su médico en relación a su aptitud para realizar:

- Actividad física sin restricción.
- Actividad física restringida o bajo supervisión adecuada a sus necesidades específicas.

Si ha contestado **NO** a todas las preguntas: Declara ser consciente de la información incluida en este formulario, comprender los procedimientos y aceptar la práctica deportiva, eximiendo de toda responsabilidad al personal del Servicio Municipal de Deportes.

1. Rellenar si el usuario es menor edad (18 años cumplidos); 2. Los usuarios que pretendan inscribirse en una Escuela Deportiva pueden beneficiarse de descuentos según la actividad deportiva que realice el/los hermano/s organizada por el Servicio de Deportes; 3. Rellenar si la forma de pago elegida es la Domiciliación Bancaria. El abajo firmante declara conocer la normativa de régimen interno del Servicio Municipal de Deportes del Excmo. Ayuntamiento de Lepe. La entidad se compromete a guardar la privacidad de los datos de la presente hoja de inscripción.

FECHA FIRMA