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

Elige la actividad o curso

TURNO/GRUPO

Turno | Grupo

DATOS DEL TUTOR/PADRE/MADRE[1]

APELLIDOS Y NOMBRE | DNI

HERMANOS INSCRITOS EN OTRAS ACTIVIDADES FÍSICAS COORDINADAS POR EL SERVICIO DE DEPORTES[2]

APELLIDOS Y NOMBRE | ACTIVIDAD FÍSICA QUE DESARROLLA

DATOS BANCARIOS[3]

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA | BANCO O CAJA

ENTIDAD | OFICINA | D.C. | NUMERO DE CUENTA

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	
☐	☐	¿Le ha dicho alguna vez el médico que tiene una enfermedad del corazón y/o le ha recomendado actividad física bajo su supervisión?
☐	☐	¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?
☐	☐	¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?
☐	☐	¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?
☐	☐	¿Tiene algún problema en los huesos o articulaciones que pueda empeorar a causa de la actividad física?
☐	☐	¿Le ha prescrito el médico medicación para la presión arterial o algún problema del corazón?
☐	☐	¿Existe alguna otra razón que le impida hacer ejercicio físico?
☐	☐	¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa?
☐	☐	¿Es alérgico/a a algún tipo de medicamento?
☐	☐	¿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. Indíquele 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 presetne hoja de inscripción.

FECHA ..... FIRMA .....