

## PISCINA CUBIERTA MUNICIPAL DE VEJER DE LA FRONTERA

### HOJA DE INSCRIPCIÓN 2024/25

#### 1. DATOS DEL USUARIO

APELLIDOS Y NOMBRE:		D.N.I.
DOMICILIO:		FECHA DE NACIMIENTO:
LOCALIDAD:	CÓD.POSTAL:	PROVINCIA:
NACIONALIDAD:	TELÉFONO: Móvil: Fijo:	CORREO ELECTRÓNICO:
Marcar con una X si procede. Será necesario aportar documentación acreditativa. _ 30 % de descuento por ser la tercera persona o más inscrita en un curso de natación con monitor/a de la misma unidad familiar (de la misma vivienda habitual). _ 30 % de descuento por ser pensionista. _ 30 % de descuento por pertenecer a asociaciones como AVADIS, FAISEN O DIABÉTICOS. _ 50 % de descuento por estar en posición de una discapacidad igual o superior al 33%		

#### DATOS DEL PADRE MADRE O TUTOR/A (en caso de usuario menor de edad)

APELLIDOS Y NOMBRE:		D.N.I.
Marcar con una X <input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR/A

#### 2. ACTIVIDAD ELEGIDA

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	HORARIO:
-------------------------	----------

#### 3. FORMA DE PAGO

- PAGO EN VENTANILLA (Sólo con tarjeta de crédito o por recibo bancario. NO se acepta el pago en metálico)

**PISCINA CUBIERTA MUNICIPAL DE VEJER DE LA FRONTERA**

**Teléfono de contacto 956 450 325 web: [www.deportesvejer.com](http://www.deportesvejer.com)**

#### 4. CUESTIONARIO DE SALUD

El ejercicio físico regular se asocia a muchos beneficios para la salud. Para la mayoría de las personas la actividad física no presenta ningún problema o riesgo en especial. Este cuestionario, ha sido concebido para descubrir aquellos pocos individuos para los que la actividad física puede ser inapropiada, o aquellos que necesitan consejo médico en relación con las actividades físicas acuáticas. Por favor, léalas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente.

SI NO

1	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DE CORAZÓN?		
2	* Si la respuesta es sí, ¿LE HA SIDO RECOMENDADO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA?		
3	¿TOMA ALGUNA MEDICACIÓN PARA EL CORAZÓN O PRESIÓN ARTERIAL?		
4	¿HA NOTADO DOLOR EN EL PECHO EN REPOSO DURANTE EL ÚLTIMO MES?		
5	¿NOTA DOLOR EN EL PECHO CUANDO REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA?		
6	¿TIENE SENSACIÓN DE MAREO DE FORMA FRECUENTE?		
7	* Si la respuesta anterior es sí, ¿HA SUFRIDO ALGUNA PÉRDIDA DE EQUILIBRIO O DE CONCIENCIA A CONSECUENCIA DE LOS MAREOS?		
8	¿PADECE ALGÚN PROBLEMA ÓSEO, ARTICULAR O DE OTRO TIPO QUE PODRÍA EMPEORAR A CONSECUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA?		
9	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA O CONTAGIOSA?		
10	¿PADECE O HA PADECIDO ALGÚN PROBLEMA DE OÍDOS? (perforación de tímpanos, otitis repetidas, etc.)		
11	¿PADECE ALGÚN PROBLEMA OCULAR QUE PUEDA EMPEORAR AL CONTRATO CON EL AGUA? (conjuntivitis, etc)		
12	¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? Indicar:		
13	¿ES DIABÉTICO?		
14	OTRAS ENFERMEDADES O PATOLOGÍAS A TENER EN CUENTA:		
15	¿SE ENCUENTRA BAJO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? Si la respuesta es sí, especifique cual:		
16	¿EXISTE ALGÚN MOTIVO QUE LE IMPIDA REALIZAR EJERCICIO SIN SUPERVISIÓN MÉDICA? Indicar:		

#### IMPORTANTE:

- \* LAS INSCRIPCIONES EN CURSOS CON MONITOR/A LLEVARÁN EL CARGO DE LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN, COSTE ÚNICO POR TEMPORADA DE 8.25 € NO SUJETO A DESCUENTOS Y DEBERÁ ABONARSE EN VENTANILLA PARA HACERSE EFECTIVA DICHA INSCRIPCIÓN.
- \* LA INSCRIPCIÓN DEBE IR ACOMPAÑADA DE:
  - FOTOCOPIA DE D.N.I. DE USUARIO (también del padre, madre o tutor/a, en el caso de ser menor de edad).
  - FOTOCOPIA DE DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA SUJETA A DESCUENTOS.

**\* EN EL CASO DE CAUSAR BAJA DEBERÁ SER COMUNICADO EN VENTANILLA ANTES DEL 20 DEL MES ANTERIOR AL MES DE BAJA, DE LO CONTRARIO LA PLAZA DE USUARIO/A QUEDARÁ OCUPADA Y PENDIENTE DE PAGO, PERDIENDO ASI, EL DERECHO A CUALQUIER RECLAMACIÓN.**

\* LA INSCRIPCIÓN ES PARA TODA LA TEMPORADA.

\* EL PAGO EN VENTANILLA DERARÁ EFECTUARSE DEL 1 AL 10 DEL MES EN CURSO.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter General, le informamos que sus datos de carácter general son recabados con el fin de cumplir adecuadamente con los distintos servicios a los que usted accede como usuario, controlar el acceso físico al recinto de la piscina cubierta municipal de Vejer de la Frontera, y conocer los datos de salud relevantes para la práctica de la natación. Dichos datos son incorporados a un fichero denominado USUARIOS PISCINA CUBIERTA MUNICIPAL DE VEJER del que es responsable **EL AYUNTAMIENTO DE VEJER DE LA FRONTERA**, y se encuentra debidamente inscrito en el Registro General de Protección de Datos. Sus datos no serán cedidos a terceros sin que conste expresamente su consentimiento, salvo en los supuestos legalmente previstos, no se destinarán a fines distintos de aquellos para los que han sido recabados. Por último, le informamos de que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición e impugnación de valoraciones en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/99.

**Declaro ser consciente de la información incluida en este formulario, comprender los procedimientos y aceptar la práctica de actividades físicas acuáticas, eximiendo de toda responsabilidad a los encargados de la misma. En caso de declaraciones falsas o inexactas la Dirección se exige de toda responsabilidad.**

En Vejer de la Frontera a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_

Firma: \_\_\_\_\_