

RE-06.2b- FICHA INSCRIPCIÓN CURSOS DEPORTIVOS ≥ 18 años

Curso: _____ Tanda: 1^a 2^a 3^a Anual
 Días y Horas: _____ Precio (€): _____
 Nombre y Apellidos: _____ N° Abonado: _____
 DNI: _____ Abonado Empadronado General (Marcar lo que corresponda)
 Fecha de nacimiento: _____ Familia Numerosa: SI NO
 ☎ Teléfono: _____ ✉ E.mail: _____ Fecha: _____

1. MOTIVO PRINCIPAL POR EL QUE DESEA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA

(Marque un sólo motivo en la casilla correspondiente con una X)

Problema de Salud

- Problema de espalda:
- Enfermedad cardiovascular:
- Enfermedad respiratoria:
- Enfermedad aparato locomotor:
- Enfermedad metabólica (obesidad, diabetes mellitus tipo II, hipertensión, osteoporosis)
- Lesión deportiva:
- Otra situación especial

Mejora Psíquica

- Deseo realizar una actividad física que me relaje y reduzca mis niveles de estrés

Relación Social

- Deseo relacionarme con otras personas y disfrutar de mi tiempo de ocio de forma saludable.

Mejora Estética

- Perder peso
- Ganar peso
- Reafirmar y tonificar zonas corporales

Rendimiento Deportivo

- Mejora de la condición física general
- Mejora de la condición física específica
 - Deporte competitivo
 - Preparación Oposiciones

Propios de las actividades acuáticas

- Aprender a nadar. Tengo pánico al agua.
- Aprender a nadar. Todavía no me fío.
- Mejorar mi estilo de nado y aprender otros nuevos.
- Perfeccionar los estilos de natación.

NOTA (para el personal de recepción):

Comprobar que están todos los datos rellenos y recortar por la línea de puntos y entregar al cliente la parte inferior de la hoja, la superior se queda en la instalación, poner cuño en medio de la línea de puntos)

Nombre y Apellidos: _____ N° de abonado (si lo es): _____

Curso: _____ Días y Horas: _____ Tanda: 1^a 2^a 3^a Anual

Abonado Empadronado General Familia Numerosa Importe: _____

FECHA: __ / __ /20 __

1) La reserva de plaza en el curso solicitado se hará efectiva en el momento de la entrega de la presente ficha y el pago del curso en metálico en el momento de dicha entrega en recepción de la instalación deportiva.

2) Una vez inscrito al curso y realizado el pago no se devolverá la cantidad abonada.

3) Los datos personales recabados mediante el presente impreso serán incorporados a un fichero automatizado que la mercantil "GESPORT GESTIÓN DEPORTIVA, SL", tiene inscrito en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos y serán utilizados exclusivamente para hacer efectiva la prestación de servicios que contrata. A tal efecto, consideramos conveniente informarle de que dicho tratamiento de datos cumple lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante impreso personalizado y firmado que deberá entregar en la recepción de la instalación. La mercantil "GESPORT GESTIÓN DEPORTIVA, SL" entenderá que usted presta su consentimiento a que le sea remitida información periódica, vía mail, si en un plazo de 30 días a computar desde la firma de la presente instancia usted no manifiesta expresamente su negativa mediante impreso personalizado y firmado que deberá entregar en la recepción de la instalación.

2.-CUESTIONARIO DE APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA (CAAF)

Cuestionario auto administrado para adultos (≥ 18 años).

El sentido común es la mejor guía para responder a estas pocas preguntas. Por favor, léelas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente a aquellas preguntas que sean ciertas en su caso (Sí = X).

- 1 ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tienen una enfermedad del corazón y le ha recomendado realizar actividad física solamente con supervisión médica?
- 2 ¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?
- 3 ¿Ha notado dolor en el pecho en reposo durante el último mes?
- 4 ¿Ha perdido la conciencia o el equilibrio después de notar sensación de mareo?
- 5 ¿Tiene algún problema en los huesos o en las articulaciones que podría empeorar a causa de la actividad física que se propone realizar?
- 6 ¿Le ha prescrito su médico medicación para la presión arterial o para algún problema de corazón (por ejemplo diuréticos)?
- 7 ¿Está al corriente, ya sea por propia experiencia o por indicación de un médico, de cualquier otra razón que le impida hacer ejercicio sin supervisión médica?
- 8 ¿Tiene usted más de 69 años de edad?
- 9 ¿Está usted embarazada?

* Si has contestado afirmativamente alguna de las preguntas, antes de iniciar o aumentar el nivel de actividad física actual, debes acudir tu médico indicándole las preguntas que has respondido afirmativamente. Después de la revisión médica, pide consejo a tu médico sobre tu aptitud para:

- Hacer ejercicio sin restricción.
- Hacer ejercicio con limitaciones o con supervisión médica, por algún periodo de tiempo

Una copia del informe médico lo deberás entregar al responsable de tu programa deportivo.

* Si se produce algún cambio en su estado en relación con las preguntas anteriores, notifíquelo inmediatamente al profesional responsable de su programa de actividad

El usuario con nombre y apellidos indicados en la inscripción al presente curso ha leído, rellenado y entendido la presente ficha y todas sus dudas han sido perfectamente aclaradas; y así lo hace constar mediante su firma en la veracidad de los datos cumplimentados.

Fecha: __ __ / __ __ / 20__ __

Firma: