

## ACTIVIDADES DIRIGIDAS POR MONITOR/A INFORME CONSENTIDO

### DATOS DE LA PERSONA USUARIA

Apellidos y Nombre: <input style="width: 95%;" type="text"/>	D.N.I.: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Domicilio: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fecha de nac.: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Localidad: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Actividad: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Tfno: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
E-mail: <input style="width: 95%;" type="text"/>	

### DATOS DEL TUTOR/A, MADRE O PADRE (menor de edad)

Apellidos y Nombre: <input style="width: 95%;" type="text"/>	D.N.I.: <input style="width: 95%;" type="text"/>
--	--

Por favor, léalas cuidadosamente y marque con una X el cuadro correspondiente a aquellas preguntas que sean ciertas en su caso.

SI	NO	CUESTIONARIO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le ha dicho alguna vez un/a doctor/a que tiene una enfermedad del corazón y le ha recomendado realizar actividad física?
<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 en las articulaciones que podría empeorar a causa de la actividad física?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le ha prescrito su doctor/a medicación para la presión arterial o para algún problema del corazón?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece alguna enfermedad infecto-contagiosa?. Indique cual. <input style="width: 80%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece alguna otra enfermedad que le impida hacer ejercicio físico con normalidad?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es alérgico/a a algún tipo de medicamento? Indique cual. <input style="width: 80%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es diabético/a?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece o ha padecido algún problema muscular, tendinoso o ligamentoso?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece o ha padecido algún problema de ojos, oídos, etc...?
Otras observaciones:		

Si ha contestado **SI** a una o más preguntas:

-Deberá adjuntar a esta solicitud certificado médico que acredite que puede realizar la actividad dirigida por monitor/a a la que realiza la inscripción, y donde aparezcan las prescripciones médicas en caso de ser necesario.

Si ha contestado **NO** a todas las preguntas:

*Declaro ser consciente de la información incluida en este formulario, comprender los procedimientos y aceptar la práctica de actividad física supervisada y dirigida por un monitor/a, eximiendo de toda responsabilidad a los/as encargados/as de la misma.*

*En caso de que el presente informe sufra alguna modificación, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la Dirección de la instalación deportiva.*

*Ante declaraciones falsas o inexactas la Dirección se exime de toda responsabilidad.*

**NOTA:**

El artículo 36 de la Ley 6/1998, de 14 de diciembre del Deporte de Andalucía dispone que "que la asistencia sanitaria derivada de la práctica deportiva general del ciudadano constituye una prestación ordinaria del régimen de aseguramiento sanitario del sector público que le corresponda...". Por tanto, la inscripción en alguna de las actividades dirigidas monitorizadas no lleva implícita tener un seguro de accidentes deportivos.

Firma:

Firma del padre, madre o tutor/a (menores de edad)

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el Excmo. Ayuntamiento de Chiclana de la Frontera (en adelante, EL AYUNTAMIENTO), domiciliado en la calle Constitución nº1, 11130 de Chiclana de la Frontera (Cádiz), le informa que los datos que nos facilite a través del presente formulario formarán parte de un fichero responsabilidad de dicha entidad, con la finalidad de llevar a cabo las gestiones necesarias para su correcta participación en la actividad seleccionada y adaptar su entrenamiento a las rutinas y ejercicios más acordes con sus necesidades.

Podrá ejercitar los derechos que le asisten de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo una comunicación escrita a la dirección indicada anteriormente, con la referencia "Protección de Datos-Deportes", incluyendo copia de su D.N.I., copia del NIF o documento identificativo equivalente.

FECHA: