

FICHA USUARIO DEPORTIVO

CURSOS PÁDEL VERANO 2015

Nº DE TURNO SELECCIONADO:

DÍA Y HORARIO :

DATOS PERSONALES DEL PARTICIPANTE

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
DNI (incluir letra)		Fecha Nacimiento		Municipio	
Dirección (calle, letra, piso)				CP	
Tfno. /s de contacto			Correo electrónico		
Actividad/es a las que me inscribo	Cursos de Pádel		Municipio:		

CUESTIONARIO DE SALUD

El objetivo del presente cuestionario es conocer su estado de salud ante el inicio de las actividades deportivas del Servicio Comarcal de Deportes. Es fundamental que responda de forma sincera y completa ante las preguntas que se formulan. **Marque la opción correspondiente.**

¿Cuándo ha sido la última vez que ha acudido a su médico?

- a. Hace menos de un mes b. Entre 1-3 meses c. Entre 3-6 meses d. Entre 6-12 meses e. Más de un año

¿Le detectó algún problema de salud?

- a. No b. Si, indicar cual: _____

¿Tiene contraindicado hacer algún tipo de actividad física específica?

- a. No b. Sí, ¿Cuáles? _____

¿Realiza algún tipo de actividad física?

- a. No b. Si, ¿Cada cuanto tiempo?: _____

DATOS PERSONALES DEL PADRE/MADRE O TUTOR DEL MENOR

(Rellenar sólo para participantes menores de 18 años)

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
DNI (incluir letra)		Fecha Nacimiento		Municipio	
Dirección (calle, letra, piso)				CP	
Tfno. /s de contacto			Correo electrónico		

OBSERVACIONES

* Números de cuenta de la MRIE donde realizar el pago de la actividad: **Ibercaja 2085 5407 7703 30465713** o **Bantierra 3191 0151 7656 45499525**

En cumplimiento de la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, la Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro tiene la obligación de informarle de lo siguiente: Sus datos personales formarán parte de un grupo de ficheros responsabilidad de la M.R.I.E., destinataria de la información que usted nos da voluntariamente. Cualquier información que se le solicite se utiliza con la finalidad exclusiva de comprobar su aptitud para el ejercicio físico. Dicha valoración no podrá llevarse a cabo si no nos facilita la información y no se nos autoriza su tratamiento, por lo que la M.R.I.E. no se hace responsable de toda aquella información que desconozca y que pudiera afectar a su estado de salud. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación que la Ley otorga puede ejercerlos mediante escrito a la siguiente dirección: Plaza de España 16, 1º, 50172 Alfajarín (Zaragoza). Enterado y conforme, CONSIENTO EXPRESAMENTE y AUTORIZO a la M.R.I.E. para que trate mis datos personales según la Ley 15/99.

Fdo.: _____

(firma, nombre completo y DNI)

scd@mrie.es
www.mrie.es