

FULL D'INSCRIPCIÓ

Data d'entrega..... Núm. d'abonat.....

Nom..... Cognoms.....

Adreça..... Núm..... Pis..... Porta..... Bloc..... Escala.....

Codi postal..... Municipi.....

Mòbil..... Correu electrònic

DNI..... Data naixement..... Sexe M ☐ F ☐

Inscrit a l'abonament:	General	P.F.*	General	P.F.*
Infantil (0 a 5 anys)	☐	☐	Familiar 2n membre	☐
Jove (6 a 17 anys)	☐	☐	Familiar 3r membre i següents	☐
Adult (18 a 64 anys)	☐	☐	Franja matí	☐
Gent gran (+65 anys) / Pensionistes	☐	☐	Franja migdia	☐

En cas d'abonament familiar indiqui les dades dels familiars al seu càrrec			P.F.*
Nom i cognoms	DNI	Data naixement	
1.....			☐
Correu electrònic.....			
2.....			☐
Correu electrònic.....			
3.....			☐
Correu electrònic.....			
4.....			☐
Correu electrònic.....			

* P.F. = Pack Fitness

DADES BANCÀRIES				
Banc o caixa.....				
IBAN	Entitat	Oficina	DC	Número de compte
Titular del compte.....DNI.....				
Sota la meua responsabilitat declaro que aquestes dades corresponen al compte corrent o llibreta d'estalvis oberts a nom meu.				
Signatura del titular				

QÜESTIONARI D'APTITUD PER A L'ACTIVITAT FÍSICA (NOMÉS PER A PERSONES DE 15 A 69 ANYS)

Aquest test li indicarà si ha de consultar el seu metge abans de fer exercici físic intens. Si té més de 69 anys i no ha estat sempre una persona activa consulti el seu metge abans d'incrementar el seu nivell d'activitat. Contesti SI o NO a les preguntes següents:

Us ha dit mai el seu metge que té algun problema cardíac i que només hauria de fer exercici físic recomanat per ell? si ☐ no ☐

Nota dolor al pit quan fa activitat física? si ☐ no ☐

En l'últim mes, ha notat dolor al pit mentre feia activitat física? si ☐ no ☐

Alguna vegada ha perdut la consciència o ha perdut l'equilibri perquè s'ha marejat? si ☐ no ☐

Té algun problema d'ossos o a les articulacions que pugui empitjorar si canvia el seu nivell d'activitat física? si ☐ no ☐

El seu metge li ha prescrit medicació (per exemple: diürètics) per a la pressió arterial o per a un problema cardíac? si ☐ no ☐

Coneix alguna altra raó per la qual no pugui fer activitat física? si ☐ no ☐

Resultats:

1 | Si ha contestat **SI** a alguna de les preguntes, cal que consulti el seu metge abans d'augmentar el seu nivell d'activitat física per tal de fer una avaluació de la seva condició física i determinar quin tipus d'activitat física pot dur a terme. Porti'ns llavors l'informe mèdic per tal que els monitors esportius en tinguin coneixement.

2 | Si ha contestat **NO** a totes les preguntes pot estar raonablement segur d'incrementar el nivell d'exercici físic, encara que és recomanable una avaluació de la seva condició física. En qualsevol cas l'increment gradual dels exercicis adequats afavoreix la millora de la condició física, tot minimitzant o eliminant les sensacions incòmodes o desagradables. Si té qualsevol dubte es pot adreçar al servei d'assessorament esportiu.

3 | Si pateix una afecció temporal benigna, com ara refredat o febre, o no es troba bé en aquest moment, és aconsellable que ajorni l'activitat que es proposa dur a terme.

COM ABONAR-SE?

1 | Ompli el full d'inscripció: dades personals, bancàries i qüestionari d'aptitud per a l'activitat física (Q-AAF). **2 |** Feu el pagament de la matrícula i de la part proporcional del primer mes: en efectiu o amb targeta. **3 |** Us farem una foto i us assignarem l'accés a la Piscina. **4 |** Caldrà que mostreu el DNI en el moment de fer la inscripció. **5 |** En el cas que el Q-AAF demostrï alguna anomalia, caldrà aportar un informe mèdic conforme es pot fer activitat física. **6 |** Qualsevol canvi en relació amb la quota d'abonament s'haurà de fer obligatòriament abans del dia 20 del mes en curs.

COM DONAR-SE DE BAIXA?

1 | De forma presencial a la Piscina comunicant i signant la sol·licitud de baixa abans del dia 20 del mes en curs. També s'accepta l'enviament d'un correu electrònic sol·licitant la baixa si no es pot assistir presencialment a fer el tràmit. **2 |** La baixa serà efectiva per al mes immediatament següent al de la comunicació.

CONDICIONS D'INSCRIPCIÓ

[☐] **Autoritzo** [☐] **No autoritzo** enregistrar i difondre imatges en les que la persona inscrita, i si és el cas la persona a qui representa, pugui aparèixer durant la realització de les activitats, per tal d'il·lustrar o informar de les activitats de la Piscina Municipal de Roses.

1 | La persona sotasignada es compromet a conèixer i complir íntegrament el reglament de la Piscina Municipal de Roses (piscinaroses.cat/reglament) i les normes de règim intern establertes per MP PROMOCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE ROSES SL. **2 |** La pràctica esportiva en general i concretament les activitats que es realitzen a la Piscina Municipal de Roses, requereixen unes condicions físiques òptimes. Per aquest motiu, la persona sotasignat o el seu representant (en el cas de menors de 18 anys) declara sota la seva responsabilitat, que les seves condicions de salut són les adients per a la pràctica esportiva. **3 |** Per poder oferir els nostres serveis d'assessorament esportiu, es podrà dur a terme la recollida de determinades dades de salut, segons cada cas individualitzat, en relació a lesions, problemes de salut que afectin a la pràctica esportiva... **4 |** La persona que signa declara estar informada que les dades personals recollides mitjançant aquest formulari seran tractades per MP PROMOCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE ROSES SL, per encàrrec de l'Ajuntament de Roses com a responsable del tractament, amb la finalitat de registrar-lo com a usuari de la Piscina Municipal, gestió administrativa, prestar-li serveis i contactar-hi. No seran cedides a terceres persones. Part d'aquestes dades podran ser comunicades a una companyia d'assegurances a fi de concertar la pòlissa corresponent. El tractament es realitza basat en una missió d'interès públic del Responsable del Tractament i en l'execució de contracte. Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat i limitació adreçant-se per qualsevol mitjà a MP PROMOCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE ROSES SL, Piscina Municipal, 39 - 17480 ROSES - Tel. 972 45 97 60. Pot presentar una reclamació a l'Autoritat Catalana de Protecció de dades en qualsevol moment a apdcat.gencat.cat. Pot consultar més informació sobre l'exercici dels drets consultant la política de protecció de dades a www.roses.cat

Signatura de l'abonat/abonada

El/la representant legal del/de la menor