|  |
| --- |
| AYUNTAMIENTO DE TEGUISE |
| LANZAROTE |
|  |

**HOJA DE INSCRIPCIÓN DINAMIZACIÓN DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS CENTROS SOCIOCULTURALES**

**Concejalía de Centros Socioculturales-Ayuntamiento de Teguise**

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| **APELLIDOS:**  | **NOMBRE:** |
| **DNI:** | **FECHA DE NACIMIENTO:** | **SEXO (Marcar con una "X")** |
| **HOMBRE** |  | **MUJER** |  |
| **DIRECCION:** | **CÓDIGO POSTAL:** |
| **POBLACION:** | **PROFESIÓN:** |
| **TELEFONO FIJO:** | **TELEFONO MOVIL:** | **E-MAIL:** |
|  |
| **DATOS DE LA MADRE, PADRE O TUTOR (En caso de persona menor de edad)** |
| **APELLIDOS Y NOMBRE** | **DNI** |
|  |
| **ACTIVIDAD** |  |
| **LUGAR** |  |

Adjuntar:

* Dos fotografías
* Fotocopia del DNI
* Justificante de ingreso bancario (C/C Bankia nº I.B.A.N.: ES65 2038 7248 2464 0000 0181)

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999 de 13 Diciembre, por la que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, los datos de carácter personal que constan en este documento se encuentran incorporados en un fichero automatizado y pasarán a integrar la base de datos del Ayuntamiento de Teguise. En ningún caso se suministrará, total o parcialmente, los datos a terceras personas u organizaciones.

|  |
| --- |
| **TARIFAS** (ORDENANZA Nº 47) |
| **Mensual (20 Euros)** |  |  |  |
| El pago de la tarifa da la posibilidad de asistir a cualquier actividad que está dentro del Plan de Dinamización de Actividades Deportivas Centros Socioculturales siempre y cuando se respete el aforo establecido de la sala y se respetará el orden de llegada al inicio de la actividad. |
| LUGARES DE INSCRIPCIÓN | En la misma actividadDependencias municipalesCentro Cívico de Costa Teguise |

**Para más información: ![MC900239017[1]]() 616105782**

**CUESTIONARIO SALUD**

Para la mayoría de las personas la actividad física no presenta ningún problema o riesgo en especial. Este cuestionario ha sido elaborado para conocer aquellos individuos para los que la actividad física puede ser inapropiada o aquellos que necesitan consejo médico en relación con las actividades físicas. El sentido común es la mejor guía para responder a estas pocas preguntas. Por favor, léalas cuidadosamente y rodee en un círculo (o marque en otro color) lo que corresponda en su caso.

**En general, usted diría que su salud es:**

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

**¿Cómo diría que es su estado de salud actual, comparada con la de hace un año?**

Mucho mejor Mejor Igual Peor Mucho peor

**¿Padece alguna enfermedad del corazón?** Si No

¿**Toma alguna medicación para el corazón o la presión arterial?** Si No

**¿Nota dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física**? Si No

**Padece algún problema óseo, articular o de otro tipo que podría empeorar con a consecuencia de la actividad física?** Si No

**¿Cuál?**

**¿Padece alguna enfermedad infecciosa o contagiosa?** Si No

**¿Es alérgico a algún medicamento**? Si No

¿Cuál?

**¿Padece de Diabetes?** Si No

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

Teguise a……………..de……………………………………………………del 20……

|  |
| --- |
| **Fdo.** |
|