



Inscripción Sala de Musculación

Documentación necesaria:

- Certificado Médico
- Una fotografía tipo DNI
- Fotocopia del DNI
- Resguardo del ingreso de la cuota mensual de 15€

Datos del usuario

Nombre y apellidos _____

Dirección _____ Población _____

Teléfono _____ / _____ DNI/PASAPORTE _____

Fecha de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

Club y/o Entidad (si perteneciese) _____

Enfermedades y/o Alergias _____

El abajo firmante manifiesta encontrarse en óptimas condiciones físico sanitarias, no padeciendo ningún defecto físico, ni enfermedad que impida ejercer esta actividad física. Conociendo perfectamente las condiciones de uso y realización de esta actividad deportiva, las cuales acataré íntegramente. Obedeciendo a los Técnicos o Monitores responsables de la actividad en todo momento.

Así mismo, eximo de cualquier responsabilidad a los Organizadores, Técnicos o Monitores de la actividad, por cualquier daño físico, psicológico o material que me pudiera ocurrir antes, durante o derivadas de la actividad, así como en los entrenamientos previos, si los hubiera.

Esta Concejalía, como Organización, se reserva el derecho de admitir o no al usuario/deportista, aún abonando las cuotas correspondientes.

De acuerdo, firma de conformidad:

DNI/PASAPORTE: _____

Tías a, _____ de _____ de _____.

NOTA: * Es necesario leer y aceptar las condiciones en el ANEXO 1.
* Para mayores de 16 y menores de 18 años de edad, es necesario formalizar el ANEXO 2.

Ayuntamiento de Tías - Concejalía de Deportes

C/ La Luchada, 2 - C.P. 35572 Tías - Teléfono: 928 832 556 - Fax: 928 524 113 - e-mail: deportes@ayuntamientodetias.es



INFORMACIÓN GENERAL (CONDICIONES):

- La actividad estará dirigida para mayores de 16 años.
- El **HORARIO** para el uso de la instalación y realización de la actividad será entre las **17:00** y las **21:00** horas de **LUNES A VIERNES (Festivos cerrado)**.

- Para poder iniciar la actividad será **OBLIGATORIO** presentar en la oficina de la Concejalía de Deportes o al monitor/ra en sala (si lo/la hubiese) toda la documentación exigida y haber abonado la cuota correspondiente.

- **EL PAGO DE LA MENSUALIDAD DE 15€** se deberá realizar cada mes, y pudiendo abonar los meses deseados con anterioridad, en el número de cuenta:

BANKIA IBAN: ES36 2038/7276/52/6400001229

- En el momento de realizar el pago de las mensualidades, deberá **PRESENTAR SU COMPROBANTE** de ingreso a la Concejalía de Deportes o al monitor/ra.

- De no abonarse la mensualidad, **PERDERÁ** el derecho de poder asistir a realizar la actividad, hasta que no haya abonado la cuota.

- El número de plazas de la actividad estará **LIMITADA** para un mejor desarrollo de la misma.

- Será **OBLIGATORIO** el uso de **TOALLA** y asistir con calzado y ropa adecuada a la actividad.

* De acuerdo, firma de conformidad el presente escrito:

Fdo.: _____

ANEXO 2

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD (MAYORES DE 16 Y MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

Yo Don/Dña.: _____ DNI: _____

con domicilio en: C/ _____ nº: _____ localidad: _____

teléfono/s de contacto: _____ / _____ / _____

como persona quien ostenta la patria potestad o tutela, y consiente de la modalidad, a realizar, según se especifica en la Hoja de Inscripción, declaro bajo mi total responsabilidad, de cualquier daño especial, accidental, incidental, directo e indirecto o consecuente, de cualquier tipo, que pueda ocasionarle o resulte de la realización de la actividad o derivadas de la misma.

Y que bajo ninguna circunstancia, los Organizadores, Técnicos, Monitores de la actividad, empresas o entidades colaboradoras, tanto públicas como privadas, serán responsables de cualquiera de los daños o consecuencias surgentes o relacionadas con dicha práctica o actividad.

Teniendo conocimiento y habiendo recibido de toda la información y explicación de la normativa de la prueba, evento o actividad física. Obedeciendo a los Organizadores y Técnicos en todo momento.

AUTORIZA a _____

con DNI _____, siendo menor de edad, a asistir y realizar la práctica de la actividad de referencia mencionada, de acuerdo con lo establecido en el presente escrito y certifica que las condiciones físico sanitarias de su hijo/a son aptas para el desarrollo de la actividad elegida. Así mismo, me comprometo a adjuntar, cuando proceda, documentos acreditativos de circunstancias especiales que tenga o sufra el menor, como tratamientos, alergias, dietas especiales, etc.

* De acuerdo, firma de conformidad el presente escrito:

Fdo.: _____