

A omplir pel personal de la Piscina

Data d'entrega.....

Tipus quota: G GPF A APF F FPF

Nom.....

**SOL-LICITUD DE CANVI** Data aplicació canvi.....

Nom i cognoms.....

Número abonat/usuari..... NIF..... Tel.....

Familiars relacionats (si és el cas).....

**ABONATS** Canvi de quota. De quota (actual)..... a quota (nova)..... Quota de manteniment. Tipus.....
 Baixa. Motiu:  Preu |  Activitats |  Tracte personal |  Horari |  Neteja/conservació  
 Canvi residència |  Manca temps |  Salut |  Laboral |  Altres.....
Antiguitat com a abonat:  0-6 mesos  6-12 mesos  12-24 mesos  +24 mesos

Recomanaries la Piscina de Roses a un amic/amiga? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (0= no / 10= totalment)

En un futur, podries estar interessat a tornar?  Sí |  No Activació de baixa. D'abonat de baixa a quota (nova)..... PF  Sí |  No

Dades bancàries (en cas de modificació de les facilitades en el seu moment):

IBAN

Entitat

Oficina

DC

Número de compte

**CURSOS****PACK FITNESS (PF)**Baixa del curs.....  AltaMotiu de la baixa.....  Baixa**QÜESTIONARI D'APTITUD PER A L'ACTIVITAT FÍSICA (en els casos d'activació de baixa i alta PF)**

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 Sí o NO a les preguntes següents (vegeu com valorar el resultat en el revers del full):

 Li ha dit mai el seu metge que té algun problema cardíac i que només hauria de fer exercici físic recomanat per ell? Sí  No 

 Nota dolor al pit quan fa activitat física? Sí  No 

 En l'últim mes, ha notat dolor al pit mentre feia activitat física? Sí  No 

 Alguna vegada ha perdut la consciència o ha perdut l'equilibri perquè s'ha marejat? Sí  No 

 Té algun problema d'ossos o d'articulacions que pugui empitjorar si canvia el seu nivell d'activitat física? Sí  No 

 El seu metge li ha prescrit medicació (per exemple, diürètics) per a la pressió arterial o per a un problema cardíac? Sí  No 

 Coneix alguna altra raó per la qual no pugui fer activitat física? Sí  No 
**SIGNATURA (del propi inscrit o del pare, mare o tutor en el cas dels menors de 18 anys)**

Amb aquesta signatura manifesto que les dades expressades són certes i que accepto les condicions d'inscripció que figuren en el revers d'aquest document

## RESULTATS AL QÜESTIONARI D'APTITUD PER A L'ACTIVITAT FÍSICA

**1 | Si ha contestat Sí 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 i tècnics 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.**

## CONDICIONS D'INSCRIPCIÓ

La persona inscrita es compromet a conèixer i complir el Reglament de la Piscina Municipal de Roses (<https://www.piscinaroses.cat/reglament>) i les normes de règim intern establertes per MP PROMOCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE ROSES SL, tant pel què fa referència a l'ús de la instal·lació com al funcionament de les activitats dirigides. L'incompliment pot comportar la baixa definitiva de l'activitat.

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.

La persona que signa declara tenir el consentiment de les altres persones majors d'edat de qui fa constar les seves dades en aquest document. Es declara 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 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. Signant aquest formulari dona el seu consentiment i accepta aquest tractament. Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades adreçant-se per qualsevol mitjà a MP PROMOCIÓ I DESENVOLUPAMENT DE ROSES SL, Piscina Municipal - Carretera del Mas Oliva, 39 - 17480 ROSES - Tel. 972 45 97 60. Pot consultar més informació sobre l'exercici dels drets consultant la política de protecció de dades a [www.roses.cat](http://www.roses.cat)