***A omplir per l’organització:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERRITORIAL:** |  | **ESPORT:** |  |
| **ACTIVITAT:** |  | **INICI:** |  |
| **INSTAL·LACIÓ:** |  | **FINALITZACIÓ:** |  |
| **PROCEDÈNCIA:** |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES PERSONALS** | | | | |
| **NOM:** |  | | | |
| **COGNOMS:** |  | | | |
| **D.N.I. / PASSAPORT:** |  | **CATSALUT:** | |  |
| **DATA NAIXEMENT:** |  | **SEXE:** | | **Dona**  **Home** |
| **LLOC NAIXEMENT:** |  | **NACIONALITAT:** | |  |
| **ADREÇA:** |  | | | |
| **LOCALITAT:** |  | | | |
| **CODI POSTAL:** |  | **PROVÍNCIA:** |  | |
| **TELÈFON FIX:** |  | **MÒBIL:** |  | |
| **E-MAIL:** |  | | | |

*En el cas de ser* ***MENOR D’EDAT****, cal omplir les següents* ***dades del pare/mare o tutor****. Si no és el cas, no cal que ompliu aquest espai.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM:** |  | **PARE**  **MARE**  **TUTOR** | | |
| **COGNOMS:** |  | **D.N.I. / PASSAPORT:** | |  |
| **TELÈFON FIX:** |  | **MÒBIL:** |  | |
| **E-MAIL:** |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA DE PAGAMENT** | | | | | |
| **INGRÉS BANCARI. Cal presentar el comprovant de pagament trimestralment abans de començar l’activitat** | | | **DOMICILIACIÓ BANCARIA. Cal anotar l’IBAN i els 20 dígits del numero de compte.** | | |
| **ENTITAT BANCÀRIA:** | | La Caixa | **TITULAR DEL COMPTE:** | |  |
| **CONCEPTE TRANSFERÈNCIA:** | | Nom i cognoms de l’usuari | **DNI DEL TITULAR** | |  |
| **Nº DE COMPTE FCEDF:** | ES38 2100 – 3084 – 88 – 2200127592 | | **Nº DE COMPTE** |  | |
| **QUOTA ACTIVITAT:** | |  | **PERIODICITAT**: | |  |

***A omplir pel metge:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADES DE LA LESIÓ**  **(Cal adjuntar certificat de discapacitat, on s’especifiqui el diagnòstic)** | | | | |
| **DATA DE LA LESIÓ:** |  | | | |
| **CAUSA DE LA LESIÓ:** | **Traumàtica**  **Congènita**  **Adquirida** | | | |
| **DISCAPACITAT:** | **Esclerosi Múltiple**  **Poliomielitis**  **Distròfia Muscular**  **TCE**  **A.V.C**  **Paràlisis Cerebral**  **Espina Bífida**  **Lesió medul·lar**  **Amputació**  **Altres (citar):** | | | |
| **ALÇADA DE LA LESIÓ:** |  | | | |
| **AFECTACIÓ (paraplegia,...):** |  | | | |
| **UTILITZA:** | **Cadira rodes**  **Pròtesi**  **Ortesi**  **Res** | | | |
| **DISFUNCIONS ORGÀNIQUES (diabetis, HTA,...):** | |  | | |
| **MEDICACIÓ (*Cal adjuntar full del metge amb medicació actual):*** | | |  | |
| **ALTRES CONSIDERACIONS MÈDIQUES:** | |  | | |
| **ESPORT ACONSELLAT PEL METGE:** | | **Activitat aquàtica**  **Multiesportiu**  **Tennis c.r**  **Atletisme**  **Natació**  **Tennis taula**  **Bàsquet c.r**  **Petanca**  **Tir amb arc**  **Boccia**  **Altres (citar):** | | |
| **SIGNATURA DEL METGE:** | | **NOM DEL METGE:** | |  |
| **Nº COL·LEGIAT:** | |  |

**DECLARACIÓ RESPONSABLE D’APTITUD FÍSICA**

En compliment d’allò que disposa l’article 154 del Decret 58/2010 de 4 de maig, de les entitats esportives de Catalunya, **FAIG CONSTAR** que en el moment de signar la llicència esportiva d’activitat física, he passat les proves mèdiques adients i declaro, assumint la meva responsabilitat que: El meu estat de salut, així com la meva condició física em permeten practicar activitat física de caràcter no competitiu.

**Signatura usuari, pare/mare o tutor**

De conformitat amb l'establert en la normativa vigent en Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que les seves dades i les del seu fill/a i/o tutelat/da seran incorporades al sistema de tractament titularitat de FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA amb CIF G58165127 i domicili social en C/ FRANCESC TARREGA 48 08026 BARCELONA, amb la finalitat del manteniment de la relació establerta. En compliment amb la normativa vigent, FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA informa que les dades seran conservades durant el termini legalment establert

Addicionalment, FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA informa que per a la prestació del servei serà necessari el tractament de les seves dades de salut.

Amb la present clàusula queda informat que les dades seran comunicades en cas de ser necessari a: administracions públiques i a totes aquelles entitats amb les quals sigui necessària la comunicació amb la finalitat de complir amb la prestació del servei anteriorment esmentat.

El fet de no facilitar les dades a les entitats esmentades implica que no es pugui complir amb la prestació dels serveis objecto del present contracte.

FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA informa que procedirà a tractar les dades de manera lícita, lleial, transparent, adequada, pertinent, limitada, exacta i actualitzada. És per això que FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA es compromet a adoptar totes les mesures raonables perquè aquests se suprimeixin o rectifiquin sense dilació quan siguin inexactes.

Igualment i d’acord amb el que estableix la Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l’honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, sol·licitem el seu consentiment explícit per a utilitzar les seves imatges o les imatges del seu fill/a i/o tutelat/da, mitjançant fotografia i/o vídeos realitzats per la nostra entitat, con la finalitat de publicar-les en la nostra pàgina web així com en les diferents xarxes socials o altres medis de comunicació.

* SI AUTORITZO el tractament de la imatge.
* NO AUTORITZO el tractament de la imatge.

Tan mateix i com estableix Llei 34/2002 de serveis de la societat de la informació i de comerç electrònic, sol·licitem el seu consentiment per enviar-li publicitat dels nostres productes i / o serveis a l'adreça e-mail que vostè ens ha facilitat.

* He llegit i accepto rebre publicitat o informació promocional de FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA
* He llegit i no accepto rebre publicitat o informació promocional de FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA

D'acord amb els drets que li confereix la normativa vigent en protecció de dades podrà exercir els drets d'accés, rectificació, limitació de tractament, supressió, portabilitat i oposició al tractament de les seves dades de caràcter personal així com del consentiment prestat per al tractament dels mateixos, dirigint la seva petició a l'adreça postal indicada més amunt o al correu electrònic [competicio@esportadaptat.cat](mailto:competicio@esportadaptat.cat)

Podrà dirigir-se a l'Autoritat de Control competent per presentar la reclamació que consideri oportuna.

En últim lloc, FEDERACIO CATALANA D ESPORTS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT FISICA informa que amb la firma del present document dona el seu consentiment explícit per al tractament de les seves dades i les del seu fill/a i/o tutelat/da

Nom i cognoms o Raó social:

DNI o CIF:

Signatura de l'interessat: