



SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ WAPS



Dades personals:

Nom i cognoms:

Correu electrònic:

Telèfon:

Data de naixement:

DNI/NIE:

Població:

Codi Postal:

Direcció:

Dades bancàries:

Titular del compte:

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Escull la tarifa WAPS que t'interessa:

- Platinum Pàdel (51.50€) Quin nivell tens? _____
- Platinum Fitness (51.50€)
- Platinum Total (60€) Quin nivell tens de pàdel? _____
- Edat d'Or (38€) Horari limitat de 7h a 18h, de dilluns a divendres.
- Estudiant (38€) Horari limitat de 7h a 18h, de dilluns a divendres. Cal presentar matrícula.
- Atur (38€) Horari limitat de 7h a 18h, de dilluns a divendres. Cal presentar comprovant.
- Tarifa Reduïda Pàdel (52.50€) Horari limitat de 7h a 18h, de dilluns a divendres.

Aplicar descompte familiar del 10%

Promoció empresa: _____

Membres associats a la tarifa familiar (Només omplir si s'ha escollit descompte familiar):

① Nom i cognoms: _____

② Nom i cognoms: _____

③ Nom i cognoms: _____



Par-Q test (ACSM):

Per a que la pràctica esportiva en el nostre centre sigui segura, omple aquest formulari de set preguntes. Si contestes en una o més d'una de les preguntes "Sí", consulta al teu metge abans d'iniciar un programa d'activitat física, aquest et dirà si tens alguna limitació i en cas afirmatiu quines són. Si contestes "No" a totes les preguntes, la pràctica esportiva és raonablement segura. **Queda sota la seva responsabilitat qualsevol dels problemes de salut que vostè pugui sofrir firmant aquest document.**

Preguntes:

Marca X:

Li ha dit mai el seu doctor que per condicions del seu cor només pot realitzar pràctica física recomanada per un metge?

Sí No

Sent dolor al pit quan realitza activitat física?

Sí No

En l'últim mes, ha tingut dolor al pit en activitat diària?

Sí No

Perd l'equilibri a causa de marejos o alguna vegada ha perdut la consciència?

Sí No

Té vostè un problema d'ossos o articulacions que podria ser empitjorat per la pràctica d'activitat física?

Sí No

Pren algun tipus de medicament per al cor o per a regular la tensió arterial?

Sí No

Sap vostè d'alguna altra raó per la qual no hauria de realitzar activitat física?

Sí No



Document d'autorització d'ús de drets d'imatge:

En/Na amb DNI o passaport

AUTORITZO que la meua imatge pugui aparèixer en imatges corresponents a les activitats realitzades dins del centre WAPS de Torrefarrera, així com en publicacions a la pàgina web del centre, xarxes socials i qualsevol altre mitjà de difusió que faci referència a les activitats educatives d'aquest centre.

Aquesta autorització s'entén atorgada pel temps que duri la relació amb el Centre, a no ser que l'interessat la revoqui expressament i per escrit.

I als efectes esmentats atés que correspongui, signo el present document d'autorització a Torrefarrera, el de..... de 20.....

He llegit i accepto la política de privacitat.

Em faig responsable de notificar qualsevol canvi de quota o baixa abans del dia 25 del mes anterior.

Vull estar informat/ada de novetats i comunicacions puntuals.

Firma:

Conforme amb l'establert en la LOE 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de dades de caràcter Personal, l'informem que les seves dades seran objecte de tractament i seran incorporades en una base de dades, el titular de la qual és el centre WAPS (We are Padel Sports S.L) amb direcció Carrer Xaloc, nº4, (25123) Torrefarrera, davant del que podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lant i oposant. La finalitat de la recollida i tractament de les dades és el funcionament del centre, enviament de notícies i informació sobre les activitats que es realitzaran en el centre.

No s'acceptaran retorns de rebuts passats 30 dies.

En cas de qualsevol deute amb la instal·lació, el centre es reserva el dret de no permetre-li l'accés.