LEVANTE UD · CLINICS VALENCIA

DATOS DEL PARTICIPANTE

Consentimiento informado y aceptación de riesgos

Consentimiento informado y aceptación de riesgos para participar en un clinic del Levante UD en Valencia. Un formulario por participante.

CLINIC

Clinic

Fechas

Instalación en Valencia

PARTICIPANTE

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

DNI / NIE / pasaporte

Club de procedencia

Móvil (con prefijo)

Correo electrónico

PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL *(si el participante es menor de edad)*

Nombre y apellidos

Parentesco

DNI / NIE / pasaporte

Móvil (con prefijo)

Correo electrónico

CONTACTO DE EMERGENCIA *(si es distinto del anterior)*

Nombre y apellidos

Parentesco

Móvil

INFORMACIÓN MÉDICA

Confidencial: solo la usan el equipo del clinic y los servicios médicos para cuidar del participante.

Alergias (medicamentos, alimentos, otras)

Medicación actual y dosis

Enfermedades, lesiones u operaciones en los últimos 12 meses

Compañía y nº de póliza del seguro médico (si tiene)

Teléfono del médico de familia

DECLARACIONES Y CONSENTIMIENTO

Consentimiento informado y aceptación de riesgos

Con la firma de este formulario, el participante o su representante legal declara lo siguiente:

DECLARACIONES

1. Participación voluntaria. La participación en el clinic organizado por LEVANTE U.D. en Valencia es voluntaria. He recibido información suficiente sobre la actividad, su carácter deportivo y las condiciones generales de participación.

2. Naturaleza de la actividad y riesgos. Reconozco que la práctica del fútbol y la realización de ejercicios físicos conllevan riesgos inherentes, entre ellos golpes, caídas, torceduras, lesiones musculares, articulares u otras lesiones, incluso cuando la actividad se desarrolla con medidas razonables de prevención y supervisión.

3. Estado de salud y aptitud. Según mi conocimiento, el/la participante se encuentra en condiciones físicas adecuadas para realizar la actividad, y he comunicado en el apartado de información médica cualquier enfermedad, lesión, alergia, limitación o circunstancia relevante que pudiera afectar a su participación. Me comprometo a informar de cualquier cambio que se produzca.

4. Compromiso y normas. Me comprometo a respetar las indicaciones del personal técnico, las normas de seguridad y convivencia y las instrucciones de la instalación. Entiendo que su incumplimiento podrá dar lugar a la interrupción de la participación cuando resulte necesario por seguridad.

5. Atención ante incidencias. En caso de accidente o lesión, autorizo a la organización a adoptar las medidas de atención inicial que considere oportunas y, si fuera necesario, a solicitar asistencia sanitaria o el traslado a un centro médico. En caso de participante menor de edad, autorizo a contactar con los responsables legales y con el contacto de emergencia indicados.

6. Responsabilidad y alcance. Comprendo que este documento no supone una exoneración absoluta de responsabilidad de LEVANTE U.D. ni de sus profesionales, y que no excluye las responsabilidades que legalmente puedan corresponderles, especialmente en caso de actuación negligente, incumplimiento de obligaciones legales o falta de medidas de seguridad exigibles. La aceptación de los riesgos inherentes a la actividad se limita a aquellos que no puedan evitarse razonablemente pese a la adopción de medidas adecuadas.

7. Protección de datos. LEVANTE U.D., S.A.D. es el responsable del tratamiento. Los datos se tratan para gestionar la participación en el clinic, atender cualquier incidencia y comunicarse con el participante o sus representantes legales. La información médica se usa únicamente para proteger la salud y la seguridad del participante durante la actividad, sobre la base del consentimiento expreso que se otorga en la página 3. Los datos se conservan durante el tiempo necesario para estas finalidades y para cumplir las obligaciones legales, y no se ceden a terceros salvo obligación legal o cuando sea necesario para la asistencia sanitaria. Se pueden ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, y retirar el consentimiento, en los términos de la política de privacidad del Levante U.D. (www.levanteud.com), así como presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

LEVANTE UD · CLINICS VALENCIA

AUTORIZACIONES Y FIRMA

Consentimiento informado y aceptación de riesgos

Cada autorización se responde por separado.

AUTORIZACIONES

Autorizo al Levante UD a tomar y publicar fotos y vídeos del participante durante el clinic en su web, redes sociales y material informativo, sin fines comerciales ni contraprestación económica.	☐ Sí	☐ No
Deseo recibir información sobre otros clinics, campus y programas del Levante UD.	☐ Sí	☐ No

ACEPTACIÓN

☐ Doy mi consentimiento expreso a que el Levante UD trate la información médica de la página 1 únicamente para la salud y la seguridad del participante durante el clinic.

☐ He leído y comprendido este documento, he podido plantear las dudas que considero oportunas y acepto voluntariamente la participación en el clinic en las condiciones descritas.

FIRMA

Lugar y fecha

Participante (mayor de edad): nombre y apellidos

DNI / NIE / pasaporte

Firma del participante

Padre, madre o tutor legal (menores): nombre y apellidos

DNI / NIE / pasaporte

Firma del padre, madre o tutor legal

SOLO PARA USO DEL CLUB

Recibido por

Fecha

Grupo del clinic