

Fotografía

Centro de Paracaidismo
Pirineos

FICHA DE ALUMNO MACL

Nombre:		Apellidos:			
Número de D.N.I.:		Fecha de nacimiento:		Prefijo:	Teléfono:
				Prefijo:	Teléfono:
Domicilio (calle):		Número, piso y letra:	Código postal:	Localidad:	
e-mail:			Nombre y teléfono de la persona a avisar en caso de accidente:		
Nombre en Facebook:					
Peso:	Estatura:		¿Cómo ha contactado con nosotros? (sea lo más preciso posible, por favor)		

El/la abajo firmante **DECLARA**, que los datos consignados son ciertos y manifiesta su deseo de realizar un Curso de Paracaidismo del Método Acelerado de Caída Libre organizado por **Centro de Paracaidismo Pirineos**. **Soy sabedor/a que el paracaidismo deportivo, es una actividad que aun correctamente aprendida y practicada, entraña una serie de riesgos que voluntariamente asumo, hasta los más graves.** Asumo pues, plenamente, la responsabilidad de los posibles daños que por cualquier causa pueda sufrir o causar como consecuencia de ésta actividad, eximiendo de cualquier responsabilidad a los miembros, técnicos y directivos de **Centro de Paracaidismo Pirineos** y de **Pau Skydive**, así como a los pilotos y propietarios de cualquier aeronave o instalación que se pueda utilizar.

Sé que el Curso de Paracaidismo que voy a realizar consta de siete lanzamientos en caída libre desde 4.000 metros, acompañado por dos Instructores en los tres primeros y por un Instructor del cuarto al séptimo, que se efectuarán siempre bajo la supervisión de los técnicos debidamente titulados designados por **Centro de Paracaidismo Pirineos**, siempre en función de disponibilidad de aeronave, situación climatológica, etc. Para la realización de estos saltos debo estar en los días designados por **Centro de Paracaidismo Pirineos**, en el lugar en el que se vaya a desarrollar la actividad de Escuela. Dispongo para ello en todo caso de un plazo máximo de tres meses desde la fecha de expedición de mi licencia deportiva, salvo que por razón plenamente justificada, siempre a criterio de **Centro de Paracaidismo Pirineos**, deba ampliarse dicho plazo. Como alumno que soy, conozco que la seguridad en paracaidismo es una cuestión absolutamente prioritaria y por tanto, siempre a criterio de los técnicos de **Centro de Paracaidismo Pirineos** y de **Pau Skydive**, la actividad de saltos sé que puede paralizarse en cualquier momento, suspenderse o aplazarse, si razones meteorológicas o de cualquier otra índole así lo aconsejaran. Si hubiera de repetirse algún nivel, se cobrará a los precios de tarifa.

Para la realización de este Curso, voy a estar asegurado/a por una licencia de alumno/a, tramitada por **Centro de Paracaidismo Pirineos** en la **Federación Aragonesa de los Deportes Aéreos**, con cobertura para asistencia sanitaria, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, etc., válida por tres meses desde la fecha de expedición. En el supuesto de que tenga que solicitar asistencia de cualquier tipo, utilizaré dicha licencia deportiva y haré constar mi condición de asegurado de la misma, debiendo acudir a un centro concertado, conociendo que de no hacerlo así, los gastos ocasionados me pueden ser reclamados por la Entidad que me los haya prestado.

AUTORIZO, en cumplimiento a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, a que mis datos personales sean incluidos en un fichero informático, propiedad de **Centro de Paracaidismo Pirineos**, con fines estadísticos, de prospección de mercado y con objeto de mantener relación con los deportistas, así como mi inclusión en Facebook y utilización de mis imágenes para el fomento del deporte en general, pudiendo ejercitar por escrito los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición.

Y para que así conste, firmo la presente declaración en _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo. _____

Importante.- A esta ficha hay que adjuntar en todo caso: Una fotografía tamaño carnet, una fotocopia del DNI, un certificado médico en impreso médico oficial y el resguardo de haber efectuado el ingreso correspondiente al Curso.

A rellenar por la Escuela

Fecha expedición licencia federativa:	Número de licencia:	Fecha del certificado médico:	Fecha de pago:
Fecha caducidad licencia federativa:	Fecha renovación licencia:	Observaciones:	
Fecha clase teórica.	Fecha visionado video reservas:	Fecha control arnés suspendido:	Nombre y firma del Técnico:

Salto número	Fecha	Trabajo a realizar	Crítica del salto	Firma del Técnico
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				