



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDAD FÍSICA

FECHA:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Yo, el/la abajo firmante, declaro haber sido informado/a por **ACTION BLACK** sobre los beneficios y riesgos asociados a la práctica de ejercicio físico, los cuales incluyen posibles lesiones musculares, óseas, y en casos menos frecuentes, complicaciones cardíacas (como arritmias, infarto o muerte súbita).

ACTION BLACK garantiza instalaciones adecuadas, equipos en óptimas condiciones y personal cualificado para orientar el entrenamiento dentro de las clases, pero no se hace responsable por incidentes derivados del incumplimiento de las indicaciones dadas por el equipo profesional o del estado de salud del afiliado no comunicado oportunamente.

Declaro aceptar las siguientes condiciones:

- Soy responsable de informar sobre cualquier condición médica que pueda afectar mi práctica física. Asumo los riesgos inherentes a la actividad física y eximo a **ACTION BLACK** de toda responsabilidad derivada del no seguimiento de las recomendaciones impartidas.
- Entiendo que **ACTION BLACK** no responde por pérdida, daño o robo de objetos personales, incluso dentro de casilleros.
- Reconozco que **ACTION BLACK** no realiza devoluciones, congelaciones ni transferencias de planes, salvo lo especificado en el contrato de servicio.
- El pago del aparcamiento corre por mi cuenta y no está incluido en el servicio.
- Me comprometo a cumplir el reglamento general y las políticas de higiene y seguridad del centro. Su incumplimiento será motivo de terminación del contrato sin derecho a reembolso.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD), consiento que mis datos personales sean tratados por **ACTION BLACK** con la finalidad de gestionar mi inscripción, seguimiento físico, control de acceso y envío de comunicaciones informativas relacionadas con los servicios contratados. Podré ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad dirigiéndome a **ACTION BLACK** en la dirección y canales oficiales del centro. Para mayores informes www.actionblack.es o escríbenos a manager@actionblack.es

Autorizo el tratamiento de mis datos personales para los fines descritos: Sí [] No []

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO

DNI/NIE/PASAPORTE

TELÉFONO

E-MAIL

DIRECCIÓN