

CONTRATO DE ACTIVIDAD

REUNIDOS:

De una parte _____ en representación de la empresa
AIGUAROCA-deportes de aventura (NIE: X6048679R) y de otra EL CLIENTE:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____
 D.N.I: _____ FECHA NACIMIENTO: _____
 Tutor/a de : _____ con Fecha Nacimiento: _____
 Tutor/a de : _____ con Fecha Nacimiento: _____
 DIRECCIÓN: _____
 LOCALIDAD: _____ C.P.: _____
 TELÉFONO: _____ E.MAIL: _____

*Durante el transcurso de la actividad contratada, podrán ser realizadas fotografías por nuestros monitores. Estas fotografías podrán utilizarse en nuestra página Web www.aiguaroca.com, así como para fines promocionales en folletos y catálogos. SI NO
PROTECCION DE DATOS: Los datos personales facilitados se incluyen en un fichero cuyo titular y responsables es AIGUAROCA con la finalidad de realizar la gestión de clientes y los tratamientos de datos con fines promocionales. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación que la Ley le otorga puede ejercerlos mediante el envío de un mail a: info@aiguaroca.com

ACUERDAN:

Que se compromete a guiar la actividad, a facilitar los materiales específicos para la realización de la misma, y a asegurar al cliente contra posibles accidentes. La empresa dispone de seguros de Responsabilidad Civil y de Accidentes, así como libro de reclamaciones a disposición del cliente.

<u>ACTIVIDAD A REALIZAR:</u>	
<input type="checkbox"/> RAFTING	<input type="checkbox"/> KAYAK AGUAS TRANQUILAS
<input type="checkbox"/> BARRANCO ACUATICO	<input type="checkbox"/> BARRANCO SECO
<input type="checkbox"/> PAINTBALL	<input type="checkbox"/> KAYAK AGUAS BRAVAS
<input type="checkbox"/> SENDERISMO	<input type="checkbox"/> OTRA: _____
<input type="checkbox"/> MULTI AVENTURA	
<input type="checkbox"/> TIROLINAS	
<input type="checkbox"/> CANOA-RAFT	

EL CLIENTE:

*Declaro no padecer ninguna enfermedad asmática, cardiaca, nerviosa, de tipo epiléptica o patología articular grave, no estar embarazada, ni encontrarme bajo los efectos de estimulantes, fármacos u otras sustancias estupefacientes; o en todo caso aporto un certificado médico, indicando mi validez para realizar esta actividad.
 Declaro también que sé nadar, condición indispensable para las actividades acuáticas.
 Acepto las condiciones explicadas sobre la actividad que voy a realizar, así como seguir las instrucciones que los monitores me indiquen en todo momento, eximiéndoles de toda responsabilidad sobre las consecuencias que se pudieran derivar, al hacer caso omiso de éstas, respetar las normas medioambientales, cuidar y no perder de vista el material y respetar al resto del grupo. Es obligatoria la autorización paterna o del tutor por escrito, para que los menores de edad participen en estas actividades.*

FIRMA CLIENTE:

FIRMA EMPRESA:

Fecha: _____

IMPORTE: _____ €