

# DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA CLASE DE PRUEBA DE DEFENSA PERSONAL

Por la presente, \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_,  
CP \_\_\_\_\_, población \_\_\_\_\_ y número de teléfono \_\_\_\_\_.

## MANIFIESTA QUE

- Son veraces todos los datos del presente documento.
- No tiene ninguna enfermedad, trastorno o impedimento clínico incompatible con la práctica de la actividad Defensa Personal.
- Ha sido informado de que la actividad Defensa Personal es un deporte federado y que es obligatorio tramitar la licencia federativa correspondiente que incluye el seguro médico de accidentes deportivos.
- Hasta que no tramite la licencia federativa exime de toda responsabilidad a la Asociación Defensa Personal Mallorca, con CIF G02939155, y a todos sus instructores en caso de lesión deportiva durante la práctica, debiendo acudir a su seguro sanitario privado o a la Seguridad Social.

Enfermedades relevantes y lesiones previas:

Fecha:

Firma:

*Para cumplir con el RGPD en materia de protección de datos personales, le informamos como usuario/a que el responsable del tratamiento de sus datos es Asociación Defensa Personal Mallorca, con NIF G02939155 y domicilio fiscal en C/ Son Ventallol 18, bj izq., Palma.*

*La finalidad por la que recogen los datos de este documento es exclusivamente la de contacto y no se cederán los datos a terceros en ningún caso y su información será destruida a partir de 1 año desde su entrega.*

*Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición o limitación del tratamiento poniéndose en contacto con nosotros a través de [defensapersonalmallorca@gmail.com](mailto:defensapersonalmallorca@gmail.com).*