**FICHA DEL ATLETA - APPD 2019**

Si cualquiera de los datos es modificado, es menester de los atletas mantener informada a la Asociación Paraguaya de Paracaidismo Deportivo, a fin de mantener actualizada la base de datos.

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| NOMBRES:  |
| APELLIDOS:  |
| C.I.N⁰: | FECHA NAC: | NACIONALIDAD: |
| ESTADO CIVIL: | PROFESIÓN: |
| DIRECCIÓN:  |
| CIUDAD: | PAIS: |
| TELÉFONOS: | E-MAIL: |

|  |
| --- |
| **DATOS DEPORTIVOS** |
| N⁰ DE LICENCIA/CATEGORIA: | N⁰ DE SALTOS: |
| DISCIPLINA QUE PRACTICA:  |
| ESCUELA DE FORMACIÓN:  |
| RENOVACIÓN DE LICENCIA:  | CAMBIO DE CATEGORIA:  |
| INSTRUCTOR SOLICITANTE PARA CAMBIO DE CATEGORIA DE LICENCIAS AI, A, B Y C: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | FIRMA DEL INSTRUCTOR |  | ACLARACION DE FIRMA |  | N⁰ DE LICENCIA |  |

|  |
| --- |
| **DATOS TÉCNICOS DE EQUIPAMIENTOS UTILIZADOS** |
| PARACAIDAS PRINCIPAL: |
| PARACAIDAS DE RESERVA: |
| ARNÉS: |
| DISPOSITIVO DE APERTURA AUTOMÁTICA: |

|  |
| --- |
| **DATOS MÉDICOS** |
| GRUPO SANGUINEO:  |
| ¿SUFRE ALGÚN TIPO DE DOLENCIA CONGÉNITA O ADQUIRIDA?:ESPECIFIQUE: | SI  | NO  |
| ¿CONSUME MEDICAMENTOS?:ESPECIFIQUE:  | SI  | NO  |
| ¿ES ALÉRGICO?ESPECIFIQUE: | SI  | NO  |
| ÚLTIMO CHEQUEO MEDICO GENERAL: |
| SEGURO MÉDICO: |

|  |
| --- |
| **CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA:**  |
| TELEFONO | NOMBRE Y APELLIDO DEL CONTACTO | PARENTESCO |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| FIRMA DEL ATLETA |  | ACLARACION DE FIRMA |

**DESLINDE DE RESPONSABILIDADES – APPD 2019**

Libre y voluntariamente el que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con C.I. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la presente deslindo toda responsabilidad ante cualquier accidente o eventualidad ocurrida durante la práctica del deporte a la ***ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE PARACAIDISMO DEPORTIVO*** por sus siglas “**APPD**”, a los Packers (empacadores), Riggers (Dobladores de Reserva), a los Pilotos lanzadores, al o los dueños de avión, a los Instructores, a los Maestros de Salto, y que habiendo recibido la instrucción correspondiente al Curso Básico de Paracaidismo y las informaciones satisfactoriamente, completando las horas de teoría y práctica recomendadas por los estándares internacionales para la formación de Alumnos Paracaidistas decido escoger la práctica del mismo y fui informado de las reglamentaciones vigentes en materia y me someto voluntariamente al Reglamento Deportivo y Estatutario de la Asociación Paraguaya de Paracaidismo Deportivo.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RIESGO:** poseo pleno conocimiento de la naturaleza, finalidad y riesgo durante la práctica de paracaidismo.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CLAUSULA DE NO INDEMNIZACIÓN:** al firmar este deslinde de responsabilidad eximo a todos los miembros de la Consejo Directivo de la ***Asociación Paraguaya de Paracaidismo Deportivo***, además de sus dirigentes, colaboradores, agentes, pilotos, instructores y miembros de cualquier naturaleza de todo tipo de responsabilidad indemnizatoria que pueda ser planteada como consecuencia de actos voluntarios, involuntarios u omisiones en mi práctica de paracaidismo.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **RESPONSABILIDAD CONTRA TERCEROS:** al firmar este deslinde, eximo de responsabilidad a la *Asociación Paraguaya de Paracaidismo* y asumo personalmente toda responsabilidad derivada en Daño de cualquier tipo, que puedan ser imputables a mi conducta durante la práctica del deporte ya sean estas activas u omisivas, que generen en terceros el derecho a reclamar indemnización.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDICIONES FÍSICAS Y DE SALUD:** Al firmar este documento declaro **Bajo Fe de Juramento** que gozo de buen estado de salud física y mental, no siendo portador de ningún disturbio físico o psíquico que impida la práctica de paracaidismo, me someto a anualmente a un examen médico y que poseo un certificado que me habilita a practicar cualquier actividad deportiva, mediante el mismo demuestro que no fui ni soy portador de afecciones cardiacas, pulmonares, diabetes, problemas nerviosos o psíquicos, problemas auditivos o visuales, ni traumatológicos, no sufro de mareos, desmayos espontáneos o convulsiones, no sufro de presión alta ni baja y no sufro de cualquier otra enfermedad que haga incompatible mi estado de salud con la práctica de paracaidismo.

Mediante este documento firmado por mi puño y letra asumo personalmente todo riesgo y total responsabilidad en la práctica de paracaidismo, renunciando por la presente a ejercer todo tipo de acciones civiles y penales o de cualquier otra índole que pudieran ser entabladas contra la ***Asociación Paraguaya de Paracaidismo Deportivo***, de su Consejo y de sus miembros como consecuencia de eventuales accidentes en la práctica del Deporte.

**INICIALES:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ADVERTENCIA****El paracaidismo es mundialmente considerado un deporte de riesgo, esta consideración determina que, durante su práctica, inclusive mediando todos los sistemas de seguridad, técnicas, entrenamiento y tecnología disponibles para este deporte aeronáutico y bajo la observancia de las Normas y Reglamentos que los rigen, existen probabilidades altas de sufrir lesiones graves e incluso morir en su práctica.** |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_