

**IMPRESO COMUNICACIÓN PREVIA DE REAPERTURA DE PISCINAS**  
**TEMPORADA 2026**

**1- DATOS DE LA INSTALACIÓN:**

Nombre o Razón social.....

C.I.F : .....

Dirección: .....

Teléfono:.....

Número de viviendas .....

**2- DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL PARA REAPERTURA DE PISCINA**

Presidente/a: ..... E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección: ..... Teléfono: .....

D.N.I.: .....

Administrador/a: .... Teléfono: .....

Dirección: ..... D.N.I.:.....

E-mail: .....

**3- DATOS DE EMPRESA DE MANTENIMIENTO**

Nombre de la Empresa de  
Mantenimiento.....

Dirección.....

CIF.....

Teléfono.....

Correo electrónico.....

**4- DATOS DE LA PISCINA:**

Dirección de acceso a la instalación . ..... Teléfono: .....

Procedencia del agua de llenado:

Canal Isabel II

Pozo

Fecha prevista de apertura..... Fecha prevista de cierre.....

Horario.....

Número de Vasos: .....Lámina de agua m2: 1.....2.....3.....4.....

Volumen m3 1.....2.....3.....4.....

Tipo de desinfección.....

Aforo del vaso: 1.....2.....3.....4.....

**Agua renovada**     SÍ .....  NO

## 5- DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA

- Análisis físico-químico y microbiológico del agua** de todos los vasos que han sido sometidos a tratamiento de invernaje durante el período de cierre de la instalación o precisan tratamiento de choque, **durante la quincena anterior a la apertura anual como ANÁLISIS INICIAL** (Artículo 16 Decreto 99/2024), el análisis incluye los parámetros establecidos en el **Decreto 99/2024 y el Real Decreto 742/2013**. (No en comunidades de máximo treinta viviendas, Artículo 16.3 del Decreto 99/2024))
- Analítica del agua de pozo con autorización sanitaria otorgada por la Comunidad de Madrid (Confederación), análisis físico-químico y microbiológico del agua de pozo (en las piscinas que utilicen el agua de esta procedencia) antes de la apertura anual, según el Real Decreto 3/2023**, independientemente de las anteriores analíticas citadas.
- Copia del **N.I. F o C.I.F** del titular de la instalación (sólo en piscinas de nueva apertura).
- Documento acreditativo Socorrista Acuático según **Orden 1239/2021**, de La Comunidad de Madrid, si procede.
- Documento acreditativo del Médico y/o DUE, si procede, según **Decreto 99/2024**
- Carta de pago de la tasa por reapertura de piscinas.

## 6- DECLARACIÓN RESPONSABLE

El abajo firmante, como titular de la instalación o persona autorizada, declara bajo su responsabilidad que la instalación de referencia, cumple con los requisitos del **Real Decreto 742/2013** por el que se establecen los criterios técnicos sanitarios de las piscinas y el **Decreto 99/2024**, por el que se regulan las condiciones higiénico sanitarias de las piscinas de uso colectivo, y a tener a disposición del servicio municipal de inspección sanitaria la documentación siguiente:

1. Documentación que acredite que los socorristas y suplentes tienen la formación necesaria para prestar dicho servicio, si procede.
2. Documentación que acredite que el personal sanitario está habilitado para el ejercicio de su actividad, si procede.
3. Ficha técnica de los productos químicos que se utilizan en el tratamiento del agua.
4. Certificado de tratamiento de desinfección, desinsectación y desratización por empresa autorizada.
5. **Autocontrol** según Legislación de aplicación, a disposición del personal de mantenimiento y autoridad competente (Exentas las comunidades de máximo 30 viviendas). Para su elaboración

puede servir de ayuda la Guía publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y el DOCUMENTO GUIA PARA EL DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUTOCONTROL DE LAS PISCINAS DE USO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**6.** Libro de registro, al día cumplimentado, de controles diarios actualizado con el **Decreto 99/2024** de La Comunidad de Madrid.

- Declaro que los vasos serán objeto de los ANÁLISIS MENSUALES que correspondan teniendo en cuenta que el inicial cuenta como primero mensual, teniendo en cuenta la fecha de cierre también.

- Declaro que soy conocedor de que el incumplimiento o inobservancia de cualquiera de los extremos plasmados en esta Declaración responsable llevará a la clausura inmediata de la instalación.

Collado Villalba, a la fecha de firma electrónica.

PRESIDENTA/E, ADMINISTRACIÓN, PERSONA/EMPRESA AUTORIZADA

**NOTA: NO se admitirán como válidas las solicitudes que no estén COMPLETAMENTE CUMPLIMENTADAS con los datos que se indican y que, en caso de firmarlas persona o empresa autorizada, no se ACOMPañEN DE LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE.**