

DECLARACIÓN MÉDICA RESPONSABLE DEL SOLICITANTE (Rellenar todos los campos)

2025

Nombre:		Apellidos:		Edad:	
Fecha de Nac:		Sexo:		DNI:	
Antecedentes Médicos (enfermedades):		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Antecedentes quirúrgicos:		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Problemas neurológicos:		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Problemas cardiovasculares:		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Problemas oftalmológicos:		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Problemas neumológicos (ejemplo: asma):		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Problemas alérgicos:		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
¿Está usted siendo tratado por algún problema médico?		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
¿Toma usted medicamentos diariamente?:		SI	NO	En caso afirmativo, escriba cuales.	
Corrección visual:		Gafas:	SI	NO	Lentillas:
			SI	NO	

En el caso de solicitantes menores de edad deberá ser el padre/madre/tutor legar la persona que firme el presente documento:

Nombre:

Fecha:

Firma:

Con esta firma declaro que la información facilitada en el presente documento es verídica.

Según lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos UE/649 se informa a los interesados:

- el tratamiento de datos de carácter personal está destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas.
- de la posibilidad de ejercitar todos los derechos vigentes de Protección de Datos según las indicaciones de la web de la RFEDA del enlace <https://www.rfeda.es/condiciones-legales/c/0/i/60930080/politica-de-privacidad> o enviando su solicitud a C/ Escultor Peresejo nº 68, bis 28023 Madrid, o vía email lopd@rfeda.es.