

SOLICITUD DE RECONOMIENTOS MEDICO-DEPORTIVOS
Para Deportista/s Individual/es

Club

Fecha

Dirección

Deporte

Categoría

	APELLIDOS Y NOMBRE	EDAD	PALMARES DEL DEPORTISTA/-S (*)
1			...
2			...
3			...
4			...
5			...
6			...

Como responsable del Club, *DECLARO* que estos deportistas son miembros del Club, tienen licencia en vigor por la Federación Aragonesa correspondiente, que los datos reflejados son ciertos, y que el club asume los cargos que se deriven de los reconocimientos solicitados.

Nombre del RESPONSABLE:

CARGO en el Club:

Datos de CONTACTO:

Telf. fijo:

Telf. móvil:

Email:

Firma del Responsable:

(*) *Reflejar el palmarés individual (resultados, nivel de competición y categoría) con la mayor precisión posible. Si se pide por otros motivos de salud especiales, reflejarlo en la petición.*

Cláusula de protección de datos

Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter Personal. Su finalidad es la tramitación de su solicitud y sus datos no serán cedidos ni usados para otro fin.