

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MÉDICO - DEPORTIVO**Para Deportistas - GRUPOS**

Club o Fed :

Fecha

Dirección :

Deporte :

Nº de Reconocimientos

	<i>APELLIDOS Y NOMBRE</i>	<i>EDAD</i>	PALMARES DEL DEPORTISTA/-S *
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
*	NOTAS :		

Como responsable de estos deportistas en el Club/ Federación declaro su pertenencia al mismo y que tienen todos ellos la licencia federativa en vigor por la correspondiente Federación Aragonesa, que los datos reflejados en esta solicitud son ciertos, y que el Club / Federación ASUME los cargos que se deriven de los reconocimientos solicitados reflejados en las Tasas correspondiente.

Observaciones: ...

Nombre del RESPONSABLE:**CARGO en el Club/ Federación:****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. Indicar si se trata de deportista DAAR o DAN, (tienen preferencia); acogidos a Aulas de Tecnificación / Programas de Tecnificación Cualificada*

Cláusula de protección de datos

Los datos personales recogidos en el presente formulario, serán tratados conforme a la Ley Orgánica 15/2018 de 5 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 ningún otro fin.