

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO MÉDICO - DEPORTIVO**Deportista/s Individual/es****Club****Fecha****Dirección****Deporte****Categoría**

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

DECLARO ser deportista perteneciente al Club, tener licencia federativa en vigor de la correspondiente Federación Aragonesa, que los datos reflejados en esta solicitud son ciertos, y asumir los cargos que se deriven de los reconocimientos solicitados / Tasas correspondientes.

Observaciones: ...

...

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. Indicar si se trata de un deportista DAAR o DAN, (o con alguna otra preferencia)*

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.