

FILIACIÓN

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Sexo:
Domicilio:
Código Postal:
País:
Correo electrónico:

Apellidos:
Lugar de nacimiento:
DNI, NIF o Tarjeta de Residencia:
Localidad:
Provincia:
Teléfono (padre/madre):
Nacionalidad:

DATOS DEPORTIVOS

Deporte:
Años de práctica de este deporte:
Número de días a la semana de entrenamiento:
Otros deportes o actividades físicas practicadas:

Club:
Horas dedicación diaria:

D⁽¹⁾ _____

AUTORIZO a que se lleven a cabo las pruebas médicas que sean necesarias para mi valoración médica y de la adecuada adaptación a la práctica deportiva, así como a emitir y entregar un certificado de aptitud para la federación o prueba deportiva correspondiente. Los datos médicos recabados tendrán un carácter estrictamente confidencial, en virtud del artículo 5 de la Ley 15/99 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

(2) Firmado:

Si se trata de un menor de edad o persona incapacitada, firmará su Padre, Madre, Tutor o Representante Legal, indicando en (1) el nombre del deportista y en (2) el nombre del firmante.