



FEDERACION ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CERTIFICADO MEDICO

TEMPORADA 2009

NOMBRE DEL DEPORTISTA:.....

Nº D.N.I...... **FECHA NACIMIENTO:**.....

NOMBRE DEL CLUB:.....

NOMBRE DEL DOCTOR:.....

FIRMA Y Nº COLEGIADO (SELLO):.....

CERTIFICA:

EL MEDICO FIRMANTE CERTIFICA HABER RECONOCIDO AL DEPORTISTA, Y LE DECLARA APTO PARA LA PRACTICA DEL DEPORTE

DOSSIER MEDICO:

1. **SISTEMA NERVIOSO:**.....

2. **EPILEPSIA:**.....

3. **SISTEMA CARDIORESPIRATORIO (PRUEBA DE ESFUERZO):**.....

4. **ALERGIAS:**.....

5. **MEDICACIÓN** (detallar en caso de tomar medicación (medicamento, dosis....):.....

6. **OTROS:**.....

OBSERVACIONES:.....

EN A DE DE 2009.

En virtud de la vigente normativa de Protección de Datos Personales (Ley 15/1999 de 13 de Diciembre) le informamos que los datos que se recojan en el presente formulario pasaran a formar parte de un fichero propiedad de FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (FEDDI) . cuya finalidad es dar trámite a la consulta realizada. Puede ejercer sus derechos en C/Bravo Murillo, 248 2º B de 28020-Madrid.

Así mismo, el usuario consiente expresamente la cesión de los datos contenidos en el fichero a la Compañía Aseguradora ASISA para la gestión del seguro médico de la licencia y a la FUNDACIÓN ONCE para el envío de comunicaciones comerciales. Dicho consentimiento es revocable en cualquier momento.

SOLO EN EL CASO DE NO IR LA FICHA CON EL RECONOCIMIENTO MEDICO