

Nome:	Apellidos:	Idade:
Data de nacemento: / /	Sexo:	D.N.I.:

Antecedentes médicos (Enfermidade):	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Antecedentes quirúrxicos:	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Problemas neurolóxicos:	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Problemas cardiovasculares:	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Problemas oftalmolóxicos:	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Problemas neumolóxicos (Exem: Asma):	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Problemas alérxicos:	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Algún tratamento por problema médico?	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Toma medicación diaria?	SI	NON	En caso afirmativo, describa cales.
Corrección visual:	SI	NON	Lentes:
			SI NON Lentillas:
			SI NON

No caso de solicitantes menores de idade deberá ser o pai/nai/titor legal a persoa que asine o presente documento

Nome: _____

Data: _____

Sinatura:

Con esta sinatura declaro que a información facilitada no presente documento é verídica.

Segundo o disposto no Regulamento Xeral de Protección de Datos UE/649 informase ós interesados:

- a) O tratamento de datos de carácter persoal está destinado a ter un amplo coñecemento das posibles patoloxías que poidan afectar aos deportistas.
- b) da posibilidade de exercer tódolos dereitos vixentes de Protección de Datos segundo as indicacións da web da RFEDA na ligazón <https://www.rfeda.es/condiciones-legales/c/0/i/60930080/politica-de-privacidad> ou enviando a súa solicitude a C/ Escultor Peresejo nº68, bis 28023 Madrid, ou via email lop@rfeda.es