

DECLARACIÓN MÉDICA RESPONSABLE
DEL SOLICITANTE
(Rellenar todos los campos)

2026

Nombre:	Apellidos:		Edad:				
Fecha de Nac:	Sexo:	DNI:					
Antecedentes Médicos (enfermedades):		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Antecedentes quirúrgicos:		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Problemas neurológicos:		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Problemas cardiovasculares:		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Problemas oftalmológicos:		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Problemas neumológicos (ejemplo: asma):		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Problemas alérgicos:		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
¿Está usted siendo tratado por algún problema médico?		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
¿Toma usted medicamentos diariamente?:		SI	NO	<i>En caso afirmativo, escriba cuales.</i>			
Corrección visual:		Gafas:	SI	NO	Lentillas:	SI	NO

En el caso de solicitantes menores de edad deberá ser el padre/madre/tutor legar la persona que firme el presente documento:

Nombre:

Fecha:

Firma:

Con esta firma declaro que la información facilitada en el presente documento es verídica.

Según lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos UE/649 se informa a los interesados:

- a) el tratamiento de datos de carácter personal está destinado a tener amplio conocimiento de las posibles patologías que puedan afectar a los deportistas.
- b) de la posibilidad de ejercitar todos los derechos vigentes de Protección de Datos según las indicaciones de la web de la RFEDA del enlace <https://www.rfeda.es/condiciones-legales/c/0/i/60930080/politica-de-privacidad> o enviando su solicitud a C/ Escultor Peresejo nº 68, bis 28023 Madrid, o vía email lopd@rfeda.es.