|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECONOCIMIENTO MÉDICO DE JUGADOR PARA CAMPEONATOS ESCOLARES TEMPORADA 2019-20** | | |  |
| **DATOS DEL JUGADOR** |  | CLUB EL PRADO  CATEGORÍA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

RECONOCIMIENTO MÉDICO

El abajo firmante, D./Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico Colegiado con número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CERTIFICA haber reconocido al jugador solicitante, y lo declara APTO para jugar a Baloncesto tanto por un equipo de edad correspondiente a la presente solicitud como para un equipo de edad inmediata superior a la misma

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y sello del médico:

CLÁUSULA

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y normativa española vigente, y respecto a los datos que me identifican como jugador de ampeonatos escolares, doy mi consentimiento para que sean tratados para la práctica del deporte escolar.

Declaro haber sido informado de poder ejercitar mis derechos de acceso a los datos, su rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento o portabilidad de los mismos según lo establecido en el RGPD. Podré ejercitar estos derechos por escrito en la dirección postal o electrónica que aparece al final de la cláusula, junto a copia de mi DNI.

Este consentimiento es libre, inequívoco y específico para los tratamientos donde me he manifestado afirmativamente, habiendo sido informado de la posibilidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si bien, esta retirada no afectará a los tratamientos anteriores a la misma. Para esta revocación del consentimiento, o cualquier otra consulta, debo comunicarlo por escrito, adjuntando fotocopia del D. N. I., al Colegio El Prado, c/ Costa Brava 4, 28034 Madrid o en el mail extraescolares@fomento.edu.

Asimismo, declaro que he sido informado de mi derecho a presentar reclamación ante la Autoridad de Control, Agencia Española de Protección de Datos.

# FIRMAS

Firma deportista: Firma padre/madre/tutor (solo menores de edad):