

**RECONOCIMIENTO MÉDICO DE JUGADOR PARA CAMPEONATOS ESCOLARES Y MUNICIPALES -  
TEMPORADA 2022-23**

<b>DATOS DEL JUGADOR</b>	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 campeonatos de IMD o 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](mailto: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):
-------------------	---