



SPECIAL OLYMPICS GALICIA
HOJA DE INSCRIPCIÓN JUGADORES UNIFICADOS
FORMULARIO B 1

Nombre de la Asociación

Apellidos

Nombre

Fecha de Nacimiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año			

D.N.I.

Masculino Femenino

Teléfono de Emergencia

Teléfono Móvil durante la actividad

Persona de contacto en caso de Emergencia

Apellidos

Nombre

Información Médica

- Problemas de Corazón
- Problemas de Tensión Arterial
- Conmoción/Lesión Cerebral
- Problemas Neurológicos:
Epilepsia, ...
- Problemas Respiratorios:
Asma
- Alergias
- Otros
- Dieta Especial

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI ES JUGADOR UNIFICADO INDICAR:
Nivel**

- Nivel 1 (Avanzado)
- Nivel 2 (Intermedio)
- Nivel 3 (Inicial)

Indicar qué tipo de dieta

SI TOMA MEDICACIÓN, INDICAR CUAL Y PAUTAS

Yo, _____ como mayor de edad y entregado toda la documentación, para participar en la ACTIVIDADES DE OCIO Y DEPORTE de Special Olympics Galicia 2018, autorizo a los representantes legales de Special Olympics Galicia en caso de enfermedad o accidente, a tomar todas las descisiones de urgencia, tanto médicas como quirurgicas.

Yo entiendo lo que significa este formulario y con mi firma autorizo lo arriba expuesto.

PROTECCION DE DATOS. De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, le informamos de que sus datos personales pasarán a formar parte de un fichero, cuyo responsable es SPECIAL OLYMPICS GALICIA con domicilio social en Polígono Industrial do Tambre, Vía Pasteur, 53- 15890 Santiago de Compostela (A Coruña). La finalidad de este fichero es llevar a cabo la gestión de los datos de los usuarios para participar en las actividades de la asociación. Con la firma de este documento, usted autoriza el tratamiento de datos especialmente protegidos, como pueden ser los datos relacionados con su salud, con la finalidad mencionada anteriormente. Si lo desea podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección señalada, adjuntando una fotocopia de su DNI.

Firma del JUGADOR/ DEPORTISTA _____

_____/2018
Fecha