



FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIAS DEPORTISTAS TEMPORADA 2018/2019



Comunidad de Madrid

RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	LICENCIA UNICA <input type="checkbox"/>	Nº LICENCIA <input type="text"/>
NUEVA ALTA <input type="checkbox"/>		Espacio reservado para la F.M.D.P.C.

DATOS PERSONALES				Foto
Nombre	<input type="text"/>			
Apellidos	<input type="text"/>			
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Lugar	<input type="text"/>	
DNI / Pasaporte / NIE	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>	
Domicilio	<input type="text"/>			
Localidad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>	
Provincia	<input type="text"/>	Comunidad Autónoma	<input type="text"/>	
Teléfono Fijo	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>	
Correo Electrónico	<input type="text"/>			
Tipo de lesión	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Daño Cerebral Adquirido	
Persona con capacidad modificada judicialmente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No	

DATOS TUTOR LEGAL O TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD			
Nombre	<input type="text"/>		
Apellidos	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Comunidad Autónoma	<input type="text"/>
Teléfono Fijo	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>		

DATOS DEPORTIVOS			
Entidad Deportiva	<input type="text"/>		
Modalidades Deportivas	<input type="text"/>		
Clase Deportiva	<input type="text"/>		
Usa silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral para la gestión derivada de las actividades federativas.

Le informamos que dichos datos serán cedidos a la Compañía Aseguradora para la cobertura Médica para el trámite del seguro deportivo. Le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la Calle Arroyo del Olivar 49. 28018 - MADRID.

Firma del Deportista o Tutor/a	Firma y Sello de la Entidad Deportiva
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de solicitud <input type="text"/>	

LA FALTA DE CONSIGNACIÓN DE ALGÚN DATO DE ESTE FORMULARIO INCURRIRÁ EN LA NO ACEPTACIÓN DEL MISMO COMO DOCUMENTO DE SOLICITUD DE LICENCIA POR PARTE DE LA FEDERACIÓN MADRILEÑA DE DEPORTES DE PARÁLISIS CEREBRAL.

Nº DE CUENTA IberCaja ES19 2085 9288 1603 0004 8286