



Federación Madrileña de Deportes
de Parálisis Cerebral y Daño Cerebral Adquirido

FORMULARIO DE SOLICITUD DE
LICENCIAS
DEPORTISTAS
TEMPORADA 2020/2021



Comunidad de Madrid

RENOVACIÓN	LICENCIA	Nº LICENCIA
NUEVA ALTA	Espacio reservado para la F.M.D.P.C.	

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

DATOS TUTOR LEGAL O TITULAR DE LA PATRIA POTESTAD			
Nombre			
Apellidos			
Domicilio			
Localidad		Código Postal	
Provincia		Comunidad Autónoma	
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Correo Electrónico			

DATOS DEPORTIVOS			
Entidad Deportiva			
Modalidades Deportivas			
Clase Deportiva			
Usa silla de ruedas	Sí		No
<p>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.</p> <p>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.</p>			
Firma del Deportista o Tutor/a	Firma y Sello de la Entidad Deportiva		
	Fecha de solicitud		

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

Declaración de cesión de datos y compromiso por parte del solicitante.

1. Declaro no tener conocimiento de cualquier causa que se oponga a la entrega de la licencia solicitada.
Declaro no haber solicitado una licencia para el mismo año ante la FEDPC o FEDDF en la misma modalidad deportiva.
La presente petición, así como el uso de la licencia, se hacen bajo mi responsabilidad exclusiva.
2. Me comprometo a respetar la legislación española, los estatutos y reglamentos nacionales e internacionales de la federación de mi modalidad deportiva, de sus confederaciones continentales y de sus federaciones nacionales y en especial de la Federación Española de Deportes de Personas con Discapacidad Física.
Participaré en las competiciones o manifestaciones deportivas de una manera deportiva y limpia. Me someteré a las sanciones que se pronuncian contra mí y presentaré las apelaciones y litigios ante las instancias previstas en los reglamentos.
3. De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos, le informamos que los datos personales recogidos en esta solicitud de licencia, serán incorporados a las bases de datos de la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral, para la gestión interna de la licencia con el federado y cedidos a las Administraciones Públicas en cumplimiento de la normativa laboral, de seguridad social y tributaria.
 - El abajo firmante autoriza a la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral a utilizar sus datos personales, que obran en el archivo informático de la misma, para publicidad de los organizadores de acontecimientos deportivos de mi modalidad y para ella misma.
 - Autorizo como el padre/madre de familia o como el tutor legal del/de la solicitante de licencia, a la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral, para el uso o reproducción de secuencias filmadas en video, fotografías, o grabaciones de voz para el uso de los/las mismos/mas en la página Web de la FMDPC o publicaciones/emisiones relacionadas con el deporte de personas con discapacidad y siempre sin fines comerciales.
 Acepto No acepto (marcar con una X lo que proceda)
 - Autorizo a que mis datos sean cedidos a la Dirección General de Deportes de la Comunidad de Madrid, FMDDF y FEDPC, con la finalidad de la gestión presupuestaria de la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral.
 - Autorizo a que mis datos sean cedidos a la Federación Nacional de mi modalidad deportiva, con el fin de gestionar las diversas competiciones en las que participe.
 - Autorizo a que mis datos sean cedidos a las compañías de seguros, con el fin de gestionar las coberturas de accidentes deportivos y de responsabilidad civil.
 - Autorizo a que mis datos sean cedidos a las agencias de viajes con la finalidad de organizar los viajes a las competiciones.
 - Autorizo a la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral a tratar mis datos de discapacidad e informes médicos proporcionados por mí a la FMDPC, para el control de clasificaciones médico/funcionales inherentes al deporte de personas con discapacidad.
 - Autorizo a la Federación Madrileña de Deportes de Parálisis Cerebral a tratar mis datos de salud con la finalidad de gestionar las pruebas para el control de sustancias prohibidas en la práctica del deporte.

LA SOLICITUD DE LA LICENCIA COMPORTA LA ACEPTACION Y AUTORIZACION DE LA CESION DE LOS DATOS Y COMPROMISOS RELACIONADOS.

Firma obligatoria para la expedición de la licencia.

D/Dña

Firma del solicitante o tutor

Madrid, de de



CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D/Dña , con DNI.....
licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral., especialista en
..... , colegiado en el colegio de
..... , con número

CERTIFICA QUE: (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D/Dña , de ... años
de edad, con DNI tras reconocimiento médico con
realización y valoración de las pruebas complementarias que se citan a
continuación.....

.....
no presenta, en el momento actual ninguna patología excepto el
antecedente personal de
estando en tratamiento con
.....
.....
.....
.....

Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo
considerado **APTO** para la práctica de ejercicio físico a nivel recreativo y/o
de el / los deporte/s de..... en
competición.

**PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A
INSTANCIAS DEL SERVICIO MEDICO DE LA FEDPC**

En..... , a..... de..... del 2...

Fdo. Dr.

Nº Col:.....