

### CONTROL ANTECEDENTES

NOMBRE DEL JUGADOR:

FECHA DE NACIMIENTO:

EQUIPO:

SEXO:

<b>ANTECEDENTES</b>	Padres, abuelos, tíos carnales o hermanos con problemas			
Hipercolesterol	Hipertensión	Diabetes	Cáncer	Cardiopatía

<b>ANTECEDENTES</b>	Sobre el deportista		
Enfermedad	Operación	Alergia	Asma

<b>MEDICACIÓN</b>	¿Toma el deportista medicación?

<b>OBSERVACIONES</b>

Consentimiento PATERNO/MATERNO para la realización del reconocimiento médico-deportivo D./Dña. .... con D.N.I. nº ..... como padre/madre o tutor/a legal del/la deportista previamente citado, doy mi consentimiento para que sea realizado el reconocimiento por ELITE APTITUDE S.L.

#### Autorización para la utilización de los Datos de Carácter Personal

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos, le informamos de que sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de ELITE APTITUDE S.L, con el fin de poder prestarle los servicios objeto de la propuesta y la posterior encuesta de satisfacción. Le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación y oposición de su datos de carácter personal en ELITE APTITUDE S.L. en, a través de la dirección info@eliteaptitude.es y siempre aportando la documentación necesaria para confirmar su identidad (por ejemplo, fotocopia del DNI).

Bilbao, de de

Fdo: