



Autorització dades RRMM

(EMPLENAR EN MAJUSCULES I BONA LLETRA TOTES LES DADES)

Dades personals Esportista			
Nom	Primer cognom	Segon cognom	DNI/NIE:
Data de naixement:	Sexe: (Home o Dona)	Club:	Esport:

Domicili habitual a l'efecte de notificacions			
Carrer, avinguda, plaça, etc.			Núm., pis, porta
Codi postal	Població	Província	
Telèfon	Adreça de correu electrònic:		

A _____ , ____ d _____ de _____

Signatura pare/mare/tutor

Nota: En cas de no disposar de correu electrònic, farem arribar l'informe del reconeixement mèdic esportiu realitzat al seu club.

De conformitat amb la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades subministrades per vostè mitjançant via telefònica o el formulari disponible en la direcció web nomenada quedessin incorporats en un fitxer automatitzat, el qual serà processat exclusivament amb la finalitat de mantenir la relació contractual amb el client, la realització d'estudis estadístics així com la tramesa de publicitat relativa a CENTRE DE GESTIÓ SANITARI I TECNIC SL. Que serà el seu titular i responsable, i vostè podrà exercir el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i revocació del consentiment per a la cessió de les seves dades en els termes previstos en la llei nomenada i en les altres normes que la desenvolupen



CENTRE DE GESTIÓ SANITARI I TÈCNIC SL

Girona Tel. 972 10 13 13

e-mail: info@iesl.cat

Barcelona: 692189215

esportiva@iesl.cat

Ant. Familiars	Mort sobtada o prematura: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Cardiopatia familiar proper (angina – infart) : SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Asmàtic : SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Hipertensió arterial : SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Diabetis: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Sense interès <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/>
Consum farmacològic:	
Ant personals. Al·lèrgies. Interv. quirúrgiques	<i>Dolor toràcic esforç:</i> SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Disnea o fatiga inexplicada d'esforç SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Detecció prèvia buff cardíac SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Asma SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Al·lèrgies SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Intervencions quirúrgiques SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Lesions osteotendinoses: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Portador de plantilles: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Portador de ulleres o lents de contacte: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>
Habits tòxics:	Fumador: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Alcohol: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/> Café: SI <input type="checkbox"/> - NO <input type="checkbox"/>