

D/Dña.....

D.N.I....., padre/madre/tutor de .....

..... menor de edad,

AUTORIZA la realización de reconocimiento médico – deportivo, así como para la realización de las pruebas complementarias que se consideren necesarias (análisis de sangre, electrocardiograma, espirometría, antropometría,...), en el Centro Regional de Medicina Deportiva, dependiente de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León.

En el caso de que el menor no vaya acompañado de uno de los padres AUTORIZA a D/Dña....., D.N.I..... para acompañar al menor durante la realización del Reconocimiento.

Fecha y firma,

**IMPORTANTE:**

Para la realización del reconocimiento es imprescindible que el menor esté acompañado de una persona mayor de edad. Además es necesario que el acompañante conozca los datos médicos necesarios para realizar la historia clínica (calendario vacunal, antecedentes familiares, enfermedades de la infancia, intervenciones,...). Por este motivo es importante que uno de los padres acuda con el menor, el día del reconocimiento

*Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, con la finalidad de garantizar el seguimiento médico y la prevención de la salud de los deportistas federados y, en su caso, y con las debidas garantías, de utilizar estos datos como herramienta para la confección de estadísticas. El tratamiento de estos datos está legitimado por el consentimiento otorgado en el presente documento, y asimismo es necesario para el ejercicio de un poder público. Estos datos sólo podrán ser cedidos a los destinatarios especificados en este formulario de autorización o a los que pudiese marcar una obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos cuando ya no sean necesarios para los fines antes descritos, así como a limitar u oponerse a su tratamiento en los mismos términos, a solicitar la portabilidad de sus datos y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas. Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el Portal de Salud de Castilla y León, y a través de la dirección de correo [dpd@saludcastillayleon.es](mailto:dpd@saludcastillayleon.es)*