|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y Apellidos:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Camp. o Concentración en la que participa:** | CAMPEONATO EUROPEO - 2019 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Domicilio:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº- Tarjeta Sanitaria:** |  |

**Teléfono (s) de contacto en caso de emergencia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tel:** |  | **Nombre:** |  |
| **Tel:** |  | **Nombre:** |  |

**Enfermedades importantes / Ingresos hospitalarios:**

|  |
| --- |
|  |

**Intervenciones quirúrgicas:**

|  |
| --- |
|  |

**Alergias conocidas:**

|  |
| --- |
|  |

**Enfermedades y Tratamientos actuales:** (especificar nombre fármaco, dosis, vía de administración y horario)

|  |
| --- |
|  |

**Seguro Privado:** Si se dispone de seguro privado indicar Entidad Aseguradora, nº de póliza, teléfono de contacto de urgencias

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre padre o tutor:** |  |

Yo como mayor de edad/padre/madre o tutor legal autorizo a los responsables sanitarios de la Real Federación Española de Patinaje de administrar medicación y tomar decisiones sobre la salud de

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la persona :** |  |

en caso de urgencia o emergencia.

**Firma:**  **Fecha:**

**DNI:**