

PRIMERA ASISTENCIA.

| | | | | | |
|-------------------------|--|---------------------|------------|--|------------|
| Datos del accidentado/a | | | | | |
| Nombre completo | | | | | |
| DNI | | Fecha de Nacimiento | Deportista | | Entrenador |
| DID | | | Docente | | Delegado |
| Nombre del Equipo | | | | | |
| Nombre de la Entidad | | | | | |

Declaro que estoy inscrito en el Campeonato Regional del Deporte en Edad Escolar de Castilla-La Mancha y en virtud de lo dispuesto en el convenio de colaboración suscrito entre la Consejería de Educación, Cultura y Deportes y el SESCAM, aplicable a las primeras asistencias de urgencia, solicito la primera asistencia médica por el accidente que se detalla a continuación.

| | | | |
|----------------------|--|------|--|
| Datos del accidente | | | |
| Fecha del accidente | | Hora | |
| Actividad deportiva | | | |
| Lugar de realización | | | |

En a de de 201..

Fdo. El Padre o tutor / responsable del equipo o entidad

Los datos de carácter personal que se faciliten mediante este formulario quedarán registrados en un fichero cuyo responsable es la Dirección General de Juventud y Deportes con la finalidad de gestionar la convocatoria del Programa Somos Deporte 3-18 en Castilla-La Mancha. Por ello pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable, en la dirección Bulevar Río Alberche s/n (45701 Toledo) o mediante tramitación electrónica. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse a las oficinas de información y registro o al correo electrónico protecciondatos@jccm.es