



Federación Madrileña de Deportes
para Discapacitados Intellectuales

Autorización Familiar

El Sr./Sra. _____, con

DNI, nº _____, como padre / tutor / representante legal del deportista

_____, con DNI, numero

_____ y que Pertenece al Club Deportivo _____

_____ de la Localidad de _____.

Autoriza al deportista antes mencionado a participar en las actividades deportivas de ámbito territorial madrileño y nacional que la Federación Madrileña de Deportes para Discapacitados Intellectuales (FEMADDI) y la Federación Española (FEDDI) organice durante su estancia de alta (con licencia deportiva de la temporada en vigor) en el club deportivo anteriormente mencionado, o en situación de deportista independiente.

De igual forma se hace responsable de las revisiones médicas y de los certificados médicos, así como del buen estado físico del deportista en cada competición de FEMADDI según establece la Federación en sus normas de participación en competiciones. Y autoriza a los representantes legales de FEMADDI a, en caso de enfermedad o accidente, tomar las decisiones de urgencia, tanto médicas como quirúrgicas.

Finalmente, autoriza a FEMADDI a reproducir por parte del equipo organizador de las actividades, cualquier imagen o fotografía en los medios de comunicación donde aparezca el mencionado deportista.

Y para que así conste, firmo la presente a ____ de _____ del 2009.

Federación Madrileña de Deportes
Padre / Tutor / Representante Legal **Deportista**
para Discapacitados Intellectuales

En virtud de la vigente normativa de Protección de Datos Personales (Ley 15/1999 de 13 de Diciembre) le informamos que los datos que se recojan en el presente formulario pasarán a formar parte de un fichero propiedad de FEDERACIÓN MADRILEÑA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (FEMADDI). Cuya finalidad es dar trámite a la consulta realizada.

Así mismo, el usuario consiente expresamente la cesión de los datos contenidos en el fichero a la Mutua General Deportiva para la gestión del seguro médico de la licencia. Dicho consentimiento es revocable en cualquier momento.

Avd. Salas de los Infantes Nº 1 - 6ª PLANTA -28034 MADRID

TLF: 91.364.63.44/45 FAX: 91.364.63.46