

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 Campeonato Regional del deporte en edad escolar 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