XII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS
Logroño, del 3 al 6 de septiembre de 2026.

AUTORIZACIÓN MÉDICA MENORES

Es totalmente imprescindible para poder participar en los Juegos, adjuntar esta autorización médica actualizada y debidamente cumplimentada con firma y sello del responsable médico de su Unidad de Trasplante, firmada por el Padre/Madre o tutor.

Datos Personales

Apellidos: Nombre:

Edad: Teléfono en caso de emergencia

Datos Médicos

Nombre del Hospital:

Teléfono de contacto del Hospital:

Unidad de Trasplante: Fecha del trasplante:

Responsable médico Unidad de Trasplante:

Los datos personales facilitados en el presente documento NO serán incorporados a ningún fichero de datos de la Asociación Deporte y Trasplante España, y serán destinados exclusivamente a verificar que se cumplen las condiciones médicas para participar en los referidos Juegos Nacionales de Trasplantados. Este documento será destruido una vez se den por finalizados los Juegos mencionados.

No obstante, en caso de imperiosa necesidad, su tratamiento se realizará de acuerdo con la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la Asociación Deporte y Trasplante España en el correo electrónico contacto@deporteytrasplateespana.com

XII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS

Logroño, del 3 al 6 de septiembre de 2026.

Autorizo a: _____

a participar en los XII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS, y certifico que no existe ninguna causa física ni psíquica específica que le impida participar.

Nombre del Médico: **Fecha:**

Firma de Médico. **Sello del Hospital.**

Nombre del padre, madre o tutor:

DNI.:

Firma: