|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CLUB:** | | |  | | | | | | |
| **FEDERACIÓN DE** | | |  | | | | | | |
| **DELEGADO/A CLUB:** | | | | |  | | | **DNI:** |  |
| **ENTRENADOR/A** | |  | | | | | | **DNI:** |  |
| **COLORES DEL CLUB:** | | | |  | | | | | |
| **REGATA:** | II Juegos Inclusivos C.A.M | | | | | | | | |
| **FECHA:** | 21 DE SEPTIEMBRE DE 2019 | | | | | **LUGAR:** | CLUB SLALOM VELOCIDAD LAS ROZAS-DEHESA DE NAVALCARBÓN | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS** | **MODALIDAD** | **CANOA** | | **F. NAC.** | **SEXO** | | **Nº DNI** | **TALLA**  **K2/C2** | **TALLA CAMISETA** |
| **D** | **Z** | **H** | **M** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma el delegado/a: | En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019 |

**Información y consentimiento Paracanoe**

Nombre y apellidos deportista:

Explicación:

Al tratarse de una regata de piragüismo inclusiva en un formato innovador, dicha competicòn no estará sujeta a las normativas vigentes de competición dentro del marco nacional de la Real Federación española de Piragüismo ( RFEP) e internacional (International Canoe Federation - ICF) teniendo por ello su propia reglamentación, dado el carácter eminentemente social y divulgativo**.** Por lo que no se tendrá en consideración las clasificaciones obtenidas para la participación en la categoría Paracanoe según las directrices de clasificación de la RFEP que sigue las directrices de la ICF.

Al firmar este formulario da su consentimiento, donde el palista se compromete a renunciar a sus derechos para realizar cualquier reclamación contra los clasificadores nacionales, o cualquier persona que pudiera luego reclamar contra los clasificadores o la RFEP para la indemnización de los daños o reclamaciones de daños personales o cualquier otra reclamo que surja de cualquier manera relacionada con la ausencia de clasificación.

El siguiente es un acuerdo por parte del palista, consintiendo que el palista se compromete a participar plenamente en la regata no sujeta a criterios de clasificación, con el objeto de fomentar el deporte inclusivo.

La FMP sólo utilizará la información para la organización de la regata.

Al firmar a continuación, el palista se compromete a participar de la mejor manera posible.

Yo, Nombre y apellidos:

Consiento

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del/a palista: | En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019 |

**DIAGNOSIS DEL ATLETA**

Discapacidad Física:

Marcar lo que corresponda:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AMPUTADO |  | IZQ. |  | DCHA. |  | POR ENCIMA RODILLA |  | POR DEBAJO RODILLA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| POLIO |  | EXTREMIDAD AFECTADA |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PARÁLISIS CEREBRAL |  | MONOPLEGIA |  | DIPLEGIA |  | HEMIPLEGIA |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CUADRIPLEJIA |  | ATAXIA |  | ATETOSIS |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAR |  | NIVEL COMPLETA |  | NIVEL INCOMPLETA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DISREFLEXIA AUTÓNOMA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NEUROPATÍA MOTO-SENSORIAL HEREDITARIA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ESPINA BÍFIDA |  | NIVEL |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OTRAS |  | NIVEL |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DISCAPACIDAD FÍSICA ESTABLE |  | DISCAPACIDAD FÍSICA PROGRESIVA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DISCAPACIDAD INTELECTUAL |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DISCAPACIDAD SENSORIAL |  | INDICAR |  |

**Antecedentes personales de interés y Condiciones Médicas Asociadas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ASMA |  | CÁNCER |  | DIABETES |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESHIDRATACIÓN |  | ENFERMEDAD DEL CORAZÓN |  | HIPERTENSIÓN |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ACCIDENTE CEREBROVASCULAR |  | CONVULSIONES |  | TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OTRAS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ALERGIAS |  |

**Movilidad del/a Deportista**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANDA AUTÓNOMAMENTE |  | AYUDAS ORTOPÉDICAS |  | MULETAS |  | SILLA RUEDAS |  |

**Declaración de complicaciones médicas y Medidas de Emergencia**

Yo, deseo competir en dicho evento de la FMP. Entendiendo que la FMP me obliga a declarar cualquier condición médica conocida que pueda comprometer mi seguridad en el agua. Entiendo que debo comunicar mi condición actual.

Posibles complicaciones médicas:

|  |
| --- |
|  |

Pasos a seguir en el caso de que ocurriese lo mencionado:

|  |
| --- |
|  |

Medicamentos que tomo:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del/a palista: | En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019 |