

**Convocatoria de Becas de Entrenamiento para Deportistas - Centros de Alto Rendimiento  
C.A.R. Joaquín Blume de Madrid – C.A.R. Sant Cugat de Barcelona  
Temporada 2017-2018**

Solicitud para las Federaciones Deportivas Españolas

**Datos del solicitante (cumplimentar por RFEN)**

Nombre completo: .....

NIF/NIE: .....

En representación de la Real Federación Española de **NATACIÓN** .....

CIF: .....Q2878029D

Cargo: .....

ESPECIALIDAD/ES: **NATACIÓN** \_\_\_\_\_

PRUEBA/S \_\_\_\_\_



**Incluir foto**

Fotografía del deportista

**Canales de comunicación (domicilio, fax, teléfono, e-mail)**

**Objeto de la solicitud (Cumplimentar por el deportista solicitante)**

Obtener beca para la Residencia Joaquín Blume de Madrid - C.A.R Sant Cugat de Barcelona

**DATOS DEL DEPORTISTA:**

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA NAC.	NIF

RÉGIMEN		RENOVACIÓN	
INTERNO	EXTERNO	SÍ	NUEVA ADJUDICACIÓN

DIRECCIÓN	CIUDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO	MAIL

**NIVEL DEPORTIVO (En los dos últimos años. Cualquier dato falso anulará la solicitud)**

ADO	DAN	PUESTO RANKING NACIONAL	MEDALLISTA ÚLTIMO CAMPEONATO DE ESPAÑA				MIEMBRO SELECCIÓN NACIONAL DE ESPAÑA				
			ABSOLUTO	JUNIOR	JUVENIL	INFERIORES	ABSOLUTO	JUNIOR	JUVENIL	INFERIORES	

FECHA BOE DAN: \_\_\_\_\_

**Documentación complementaria a la solicitud, que se enviará por correo certificado, antes del día 17 de mayo de 2017 a la REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE NATACIÓN – c/Juan Esplandiú, 1 – 28007 Madrid**

Anexo I	Aceptación del deportista	Anexo VI	Informe técnico de deportista – Datos del técnico responsable
Anexo II	Autorización para deportistas menores	Anexo VII	Conformidad del Club – Firma del Presidente
Anexo III	Datos y objetivos del deportista	Anexo VIII	Cuestionario Médico
Anexo IV	Datos académicos del deportista		

Fecha:

Firma del Solicitante:

# ANEXO I

Curso 2017-2018

## ACEPTACIÓN DEL DEPORTISTA

**Datos del solicitante:**

<b>Nombre completo:</b>	
-------------------------	--

<b>NIF:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
-------------	--	-----------------------------	--

<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	
-------------------	--	----------------	--

<b>Población:</b>		<b>Código Postal:</b>	
-------------------	--	-----------------------	--

<b>Teléfono:</b>		<b>Mail:</b>	
------------------	--	--------------	--

Enterado y conforme con las condiciones que han de regir en la adjudicación o renovación de becas convocadas por el Consejo Superior de Deportes para el curso 2017-2018, así como de las normas por las que se rige en el CAR de Madrid y CAR de Sant Cugat.

ACEPTA ser propuesto para una plaza y se compromete, en caso de serle adjudicada, a observar las normas establecidas.

....., ..... de ..... de 2017.

**Firma del deportista**

--

## ANEXO II

Curso 2017-2018

### AUTORIZACIÓN PARA DEPORTISTAS MENORES DE EDAD

**Datos del solicitante:**

<b>Nombre completo:</b>			
<b>NIF:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	
<b>Población:</b>		<b>Código Postal:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Mail:</b>	

Conocidas las condiciones bajo las que se concede una beca en el CAR de Madrid o CAR de Sant Cugat a mi hijo/a ....., con DNI. ...., para la temporada 2017/2018 doy mi conformidad a cuanto se establece en las mismas.

..... de ..... de 2017.

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor:

\_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

**Firma:**

## ANEXO III

Temporada 2017-2018

### DATOS Y OBJETIVOS DEPORTIVOS DEL DEPORTISTA

<b>Nombre completo</b>	
------------------------	--

RESULTADOS MÁS RELEVANTES EN LAS DOS ÚLTIMAS TEMPORADAS				
COMPETICIÓN NACIONAL (solo piscina de 50 mts)	CATEGORIA	PRUEBA	TIEMPO	PUESTO
COMPETICIÓN INTERNACIONAL (solo piscina de 50 mts)	CATEGORIA	PRUEBA	TIEMPO	PUESTO

OBJETIVOS DEPORTIVOS PARA LA TEMPORADA 2017-2018				
COMPETICIÓN NACIONAL (solo piscina de 50 mts)	CATEGORIA	PRUEBA	TIEMPO	PUESTO
COMPETICIÓN INTERNACIONAL (solo piscina de 50 mts)	CATEGORIA	PRUEBA	TIEMPO	PUESTO

## ANEXO IV

Temporada 2017-2018

### DATOS ACADÉMICOS DEL DEPORTISTA

Nombre completo

#### DATOS ACADÉMICOS

ESTUDIOS CURSADOS 2016-2017			ESTUDIOS PREVISTOS 2017-2018		
DESCRIPCIÓN	CURSO	CENTRO	DESCRIPCIÓN	CURSO	CENTRO
¿Dispone de la condición de Deportista de Alto Nivel en vigor? Real Decreto 971/2007, de 13 de julio, sobre deportistas de alto nivel y alto rendimiento				SI	Fecha
				NO	

#### OBSERVACIONES

## ANEXO V

Temporada 2017-2018

### INFORME TÉCNICO DEL DEPORTISTA CONFORMIDAD DEL CLUB

<b>Nombre completo deportista</b>	
-----------------------------------	--

DATOS DE ENTRENAMIENTO			
		Máximo	Medio
Sesiones semanales temporada 2016-2017	Agua		
	Seco		
Volumen semanal (kms.) temporada 2016-2017			
Porcentaje de asistencia a las sesiones previstas			

INFORME DEL TÉCNICO RESPONSABLE:

Datos de Técnico Responsable:		Firma:
Nombre/apellidos:		

Datos Club:	Firmado:	Sello:
El Club _____ al que pertenece el nadador consignado en esta solicitud, manifiesta su conformidad con la misma		
Nombre de la persona y cargo en el Club:		

## ANEXO VII (1/2)

Temporada 2017-2018

### CUESTIONARIO MEDICO DECLARACION EMPLEO DE MEDICAMENTOS

Nombre completo deportista

1. ¿Padece Asma o algún tipo de alergia que precise tratamiento? Diga con que tipo de fármacos.

2. ¿Está tomando algún medicamento?  
Incluir vitaminas y ayudas ergogénicas (creatina, aminoácidos.....)  
Así como cualquier sustancia usada por vía oral, intramuscular, oftalmológica o nasal en los últimos 10 días.

3. En los últimos quince días ha requerido tratamiento con alguna infiltración interarticular, periarticular o peri tendinosa? Si es así, tiene en su poder algún informe médico?

4. ¿Quiere o precisa comentar algo relacionado con su salud? Antecedentes médicos de interés.

## ANEXO VII (2/2)

Temporada 2017-2018

### CUESTIONARIO MEDICO DECLARACION EMPLEO DE MEDICAMENTOS

<b>Cuestionario</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Padeces alguna enfermedad en la actualidad o de carácter crónico?		
¿Estás en tratamiento con alguna medicación? O utilizas algún inhalador?		
Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez		
Ingreso médicos hospitalarios		
Diabetes		
Celiaco		
Algún tipo de intolerancia alimenticia		
Alergias a medicamentos y/o alimentos		
Hipertensión arterial		
Asma		
Problemas de vista		
Problemas de audición		
Usas gafas o lentillas		
Problemas para dormir, ansiedad o problema psicológico		
Has tenido algún episodio de convulsiones		
Algún problema en la piel		
Antecedentes familiares de problemas de corazón, arritmias, muerte súbita		
Has perdido el conocimiento durante o después del ejercicio		
<b>Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas</b>		

Nombre Apellidos \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DNI nº \_\_\_\_\_