

D/Dña.....,
D.N.I....., padre / madre / tutor de
.....menor de edad

AUTORIZA la realización de reconocimiento médico – deportivo, así como para la realización de las pruebas complementarias que se consideren necesarias (análisis de sangre, electrocardiograma, espirometría, antropometría,...), en el Centro Regional de Medicina Deportiva, dependiente de la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León.

En el caso de que el menor no vaya acompañado de uno de los padres AUTORIZA a D/Dña.....,
D.N.I..... para acompañar al menor durante la realización del Reconocimiento.

Fecha y firma,

IMPORTANTE:

Para la realización del reconocimiento es imprescindible que el menor esté acompañado de una persona mayor de edad. Además es necesario que el acompañante conozca los datos médicos necesarios para realizar la historia clínica (calendario vacunal, antecedentes familiares, enfermedades de la infancia, intervenciones,.....). Por este motivo es importante que uno de los padres acuda con el menor, el día del reconocimiento