

SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICO-DEPORTIVA**(Temporada 2026-2027)****DATOS DE LA ENTIDAD DEPORTIVA****Nombre / Razón social:** _____**CIF:** _____**Dirección:** _____**Población:** _____**CP:** _____**Modalidad deportiva practicada:** _____**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD****Nombre y apellidos:** _____**DNI:** _____**Tel.:** _____**Correo electrónico:** _____**EXPONGO**

Que las personas relacionadas en la lista adjunta forman parte de la entidad deportiva indicada y participan en actividades deportivas durante la temporada 2026-2027.

SOLICITO

Que se realice a las personas mencionadas la revisión médico-deportiva correspondiente a la presente temporada en el centro indicado.

En _____, a ____ de _____ de 2026 / 2027

Firma: _____

Direcció Insular d'Esports · Consell de Mallorca · UAFIS C/ General Riera, 111 · 07010 Palma · Tel. 971 173 631 · email: uafis@conselldemallorca.net

Protección de datos: los datos personales facilitados, incluidos los datos de salud, serán tratados por la Unitat d'Activitat Física i Salut del Consell de Mallorca con el fin de prestar los servicios médicos solicitados. Podéis ejercer los derechos reconocidos en la normativa vigente a través del correo electrónico uafis@conselldemallorca.net o ante la AEPD (www.aepd.es).

RELACIÓN DE PERSONAS DEPORTISTAS (CUMPLIMENTAR POR ORDEN ALFABÉTICO)

	Apellidos y nombre	DNI	Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					



12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					